



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Ingestão alimentar como contributo para o Conforto no trabalho de parto

Sílvia Alexandra Miranda Rocha de Deus

Lisboa

2018





Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Ingestão alimentar como contributo para o Conforto no trabalho de parto

Sílvia Alexandra Miranda Rocha de Deus

Orientador: Esmeralda Maria Batalha Henriques Afonso

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu
próprio conhecimento”

Platão

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG – American Congress of Obstetricians and Gynecologists

ANQEP – Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

APAV – Associação Portuguesa de apoio à vítima

ASA – American Society of Anesthesiologists

CTG – Cardiotocografia

DGES – Direção Geral do Ensino Superior

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EESMO – Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMO – Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

ER – Estágio com relatório

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

ICM – International Confederation of Midwives

IMG – Interrupção médica da gravidez

LTM – Líquido Tinto Mecónio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RE – Relatório de estágio

REBA – Rotura Espontânea de Bolsa Amniótica

RN – Recém-Nascido

TP – Trabalho de parto

UOG – Urgência Obstétrica e Ginecológica

WHO – World Health Organization

RESUMO

Este relatório pretende expor o percurso realizado assim como a aquisição de competências especializadas e de cariz reflexivo, sobretudo na unidade curricular “Estágio com Relatório”.

De forma a direcionar o desenvolvimento de competências foram traçados três objetivos gerais: aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas no cuidado à mulher/família em contexto de urgência ginecológica e obstétrica; aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas no cuidado à grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido (RN); e aprofundar conhecimentos e desenvolver competências técnico-científicas no cuidado à mulher em TP (trabalho de parto) relacionados com a ingestão alimentar e o seu contributo para o conforto.

O último objetivo norteou o desenvolvimento de competências na área específica do projeto que me propus desenvolver: Ingestão alimentar como contributo para o Conforto no trabalho de parto.

A metodologia de trabalho foi desenvolvida com recurso a *scoping review*, desta forma, tendo por base a evidência científica mais recente na área, foram estabelecidas as intervenções a realizar assim como avaliados os resultados da aprendizagem.

Foi com base na teoria de enfermagem de Katrina Kolcaba que foram estabelecidas as intervenções desenvolvidas na promoção do conforto da parturiente.

O processo de aprendizagem foi marcado pelo desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à mulher ao longo do seu ciclo de vida, nomeadamente em contexto de urgência obstétrica e de bloco de partos no acompanhamento da mulher em trabalho de parto. Este culminou com o desenvolvimento de competências na área de projeto, onde foi perceptível a importância da ingestão alimentar durante o trabalho de parto, assim como a mesma concorre de forma positiva e favorável no decorrer do trabalho de parto. À semelhança do que descreve a evidência científica, não foram encontradas complicações inerentes à ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, estando associada a alívio, conforto e bem-estar.

Palavras Chave: Ingestão alimentar; conforto; trabalho de parto.

ABSTRACT

This report intends to show the course carried out as well as the acquisition of specialized and reflexive skills, especially in the "Internship with Report" course unit.

In order to direct the development of competencies, three general objectives were defined: deepening knowledge and developing specialized skills in the care of the woman / family in the context of gynecological and obstetric urgency; deepen knowledge and develop specialized skills in the care of pregnant women, parturients, puerperium and newborns; and deepen knowledge and develop technical-scientific skills in the care of women in labor related to food intake and their contribution to comfort.

The last objective guided the development of skills in the specific area of the project that I proposed to develop: Food intake as a contribution to Comfort in labor.

The work methodology was developed using scoping review, thus, based on the most recent scientific evidence in the area, the interventions to be performed as well as the learning outcomes were evaluated.

It was on the basis of Katrina Kolcaba's nursing theory that the interventions developed to promote the comfort of the parturient were established.

The learning process was marked by the development of specialized skills in the care of women throughout their life cycle, especially in the context of obstetric and birthing blocks in the follow-up of women in labor. This culminated in the development of competencies in the project area, where the importance of food intake during labor was perceived, as well as it competes in a positive and favorable way during labor. Similar to the scientific evidence, no inherent complications of fluid intake during labor were associated with relief, comfort, and well-being.

Keywords: Food intake; comfort; labor.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1.1. Ingestão alimentar durante o trabalho de parto	13
1.2. Ingestão alimentar na promoção do conforto durante o trabalho de parto	15
2. METODOLOGIA DE TRABALHO.....	17
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA	24
3.1 Cuidado à mulher/família em contexto de urgência ginecológica e obstétrica	26
3.2 Cuidado à mulher em trabalho de parto e ao recém-nascido	32
3.2.1 A ingestão alimentar durante o TP como contributo para o Conforto.....	40
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
APÊNDICE.....	55
Apêndice I – Apresentação dos documentos seleccionados pela Scoping Review	56
Apêndice II – Guião de Observação	74

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Descritores para pesquisa nas bases de dados Medline e Cinahl.....	17
---	----

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 - Diagrama de Prisma	18
-------------------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Sugestões alimentares das parturientes	42
Gráfico 2 - Conhecimento sobre a possibilidade de ingerir durante o trabalho de parto	43
Gráfico 3 - Distribuição da ingestão durante as fases de trabalho de parto.....	45

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio (RE) surge no âmbito do ensino clínico Estágio com Relatório (ER). Pretende descrever e analisar o percurso realizado e atividades desenvolvidas no processo de aquisição de competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 127/2011 do Diário da República, 2.ª série – N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011), para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista e o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de acordo com os descritores de Dublin para o 2.º ciclo de estudos (ANQEP & DGES, 2013).

O Ensino Clínico (EC) decorreu num hospital na margem sul do Tejo, em contexto de bloco de partos e urgência obstétrica e ginecológica, no período compreendido entre 06 de março e 09 de julho de 2017.

Para nortear o desenvolvimento de competências foram traçados três objetivos gerais: aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas no cuidado à mulher/família em contexto de urgência ginecológica e obstétrica; aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas no cuidado à grávida, parturiente, puérpera e recém-nascido (RN); e aprofundar conhecimentos e desenvolver competências técnico-científicas no cuidado à mulher em TP (trabalho de parto) relacionados com a ingestão alimentar e o seu contributo para o conforto.

Relativamente ao último objetivo apresentado, foram estabelecidos objetivos específicos, relacionados com a ingestão alimentar durante o trabalho de parto, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados à mulher/família no bloco de partos, a partir do projeto “maternidade com qualidade”: aprofundar conhecimentos sobre a ingestão alimentar durante o TP; identificar as práticas promotoras da ingestão alimentar durante o TP, desenvolvidas na instituição; promover práticas de humanização do TP, no que concerne à hidratação oral das parturientes; dar a conhecer à mulher/família a importância da ingestão alimentar durante o TP, capacitando-os para a tomada de decisão.

Ao longo do relatório são descritas as atividades realizadas, as dificuldades sentidas e os progressos conseguidos. Simultaneamente é também realizada uma análise e reflexão inerente ao desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO).

A temática específica do projeto que me propus desenvolver no decorrer do Curso de Mestrado, prende-se com o cuidado à mulher em TP relacionando com a ingestão alimentar e

o seu contributo para o conforto. Esta temática enquadra-se no projeto Maternidade com Qualidade, em implementação no local onde o EC foi realizado.

A minha motivação para este tema está relacionada com a prestação de cuidados que desenvolvo enquanto Enfermeira de cuidados gerais em contexto de puerpério. Ao longo do meu percurso na prática profissional e em ensinamentos clínicos anteriores, tenho-me deparado com situações de desconforto, cansaço e mal-estar, manifestado pelas utentes, relacionadas com a implementação de jejum durante o TP, ou apenas a ingestão de água e chá. O American College of Nurse-midwives (2008) compara o consumo energético durante o TP a uma prática de exercício físico intenso; Scheepers, Thans, Jong, Essed, Le Cessie & Kanhai (2001) relatam uma associação entre a ocorrência de fadiga e a diminuição de aporte de hidratos de carbono; King, Glover, Byrt & Porter-Nocella (2011), defendem que, ao ser privada de satisfazer as suas necessidades fisiológicas, a parturiente corre maior risco de alterações psicológicas e emocionais com repercussão no seu bem-estar e conforto.

Sustentada na evidência científica existente, assim como na minha prática profissional, encontrei motivação para aprofundar conhecimentos acerca da ingestão alimentar durante o TP e como a sua prática pode contribuir para o conforto. Nesse sentido, optei por me debruçar também sobre a teoria de Enfermagem norteada por Katrine Kolcaba, uma vez que esta teórica baseia-se na teoria do conforto. Foi também a partir da filosofia defendida por Kolcaba, que foram orientados os cuidados prestados durante o EC, favorecendo a visão holística da parturiente/RN e família.

A Teoria do Conforto, define o conforto como: “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”, sendo esta caracterizada como a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental) (Tomey & Alligood, 2004, p.94).¹

O presente relatório está organizado em 4 pontos. No ponto 1 faz-se uma abordagem teórica sobre o tema da ingestão alimentar durante o TP, suportado na evidência científica. Neste ponto aborda-se também a teoria de Enfermagem que sustenta e norteia o desenvolvimento de competências, defendida por Katrine Kolcaba, aliando a importância do

¹ Ao longo deste relatório o termo “conforto” é assemelhado ao termo “bem-estar” e usado como antónimo de “desconforto”, sendo essa analogia realizada, tendo em conta a definição de “conforto”, “bem-estar” e “desconforto” (Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico, 2016).

conforto e bem-estar das utentes à humanização dos cuidados prestados. No ponto 2 é feita uma descrição da metodologia utilizada, atividades concretizadas e recursos para o desenvolvimento de competências. No ponto 3 é realizada uma descrição e análise dos resultados do processo de aprendizagem e aquisição de competências, fundamentados com base na evidência científica. No ponto 4 são apresentadas as considerações finais, fazendo alusão às considerações éticas envolvidas, limitações encontradas e as implicações para a prática que considero relevantes após reflexão sobre a prática de cuidados. Neste ponto são também considerados projetos futuros.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tendo por base a definição utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996), citada pela OE & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) (2012, p.18), é considerado *parto normal*, o “parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição”.

No exercício das suas competências, o EEESMO, assume intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco (situações que envolvem processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher) e intervenções autónomas e interdependentes em situações de médio/ alto risco (situações de que envolvem processos patológicos assim como processos disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher) (Regulamento nº127/2011 de 18 Fevereiro, 2011).

O documento de consenso ratificado pela Direção Geral de Saúde (DGS), OE e APEO (OE & APEO, 2012), estabelece aqueles que são os conceitos, princípios e práticas promotoras do parto normal. O nascimento é considerado um processo fisiológico, no qual se deve intervir apenas em casos de desvios da normalidade. A intervenção por parte dos profissionais de saúde é, segundo os mesmos autores, “o garante de um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeita o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres” (OE & APEO, 2012, p.9).

O documento de consenso anteriormente referido, considera ainda aquelas que são as práticas promotoras do parto normal, considerando-as como conduta a adotar na vigilância do TP, fomentando práticas específicas, suportadas pela evidência científica e benéficas na promoção do processo fisiológico do TP, estando incluídas o respeito pelo ritmo natural do TP, preenchimento do partograma, oferta de líquidos claros a gosto durante o TP, liberdade de movimentos, contacto pele-a-pele e promoção da vinculação e amamentação (OE & APEO, 2012, p. 23).

À luz da evidência científica, será abordada ao longo do enquadramento teórico a evidência que dá suporte à ingestão alimentar durante o TP, assim como os seus benefícios na evolução do TP e na promoção do conforto.

1.1. Ingestão alimentar durante o trabalho de parto

A ingestão de líquidos durante o TP é uma prática já em vigor, apesar de existir ainda alguma relutância da parte de alguns profissionais de saúde. São, no entanto, notórios os avanços, essencialmente internacionais, relativamente a ingestão de líquidos claros e outros alimentos, como sumos de fruta sem polpa, gelatina ou refeições ligeiras (American College of Nurses Midwives, 2008). A nível nacional, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013) é praticada a ingestão de líquidos claros, essencialmente água e chá, e também gelatinas e rebuçados.

A ingestão alimentar durante o TP é atualmente uma prática desenvolvida mundialmente. Em Portugal surgiu, em 2013, um projeto dirigido pela OE, “Projeto Maternidade com Qualidade”, que visa garantir a segurança e a qualidade dos cuidados através de uma regulação do exercício profissional. A hidratação / ingestão hídrica durante o TP é um dos indicadores de evidência e medida do projeto, pelo que a sua prática passou a ser implementada nas maternidades que aderiram ao projeto (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A implementação do jejum durante o TP, teve início em 1940, com Mendelson, médico (Obstetra e Cardiologista) e investigador americano (Beggs & Stainton, 2002. p. 3). Este defendia que a ingestão de alimentos durante o TP poderia levar à aspiração brônquica do conteúdo alimentar. Apesar de não existir suporte científico, uma vez que os casos aspiração brônquica são extremamente reduzidos, este foi um procedimento que se manteve durante décadas (Parsons, 2001).

Maharaj (2009) salienta a ideia de que durante a gravidez, por todas as alterações anatómicas existentes, acaba por não haver um esvaziamento total do estômago mesmo cumprindo o jejum. Por isso, caso haja risco de aspiração decorrente da administração de uma anestesia geral, este pode ser minimizado com o recurso a entubação orotraqueal ou administração de terapêutica que permite atenuar o risco de vômito, como por exemplo antiácidos, antagonistas H2 e metoclopramida.

O American College of Nurses Midwives (2008), refere ainda o elevado avanço respeitante à técnica anestésica sendo que, atualmente, são utilizadas preferencialmente analgesia epidural ou raquianestesia, o que diminui o risco de aspiração, associado normalmente à anestesia geral.

No seu estudo, Salmerón, Consuegra & Gutiérrez (2008), não encontraram associação relevante entre o aparecimento de náuseas, vômitos e outras complicações e a ingestão alimentar durante o TP.

Habitualmente, como refere King, Glover, Byrt & Porter-Nocella (2011), ao longo do TP as parturientes que se alimentam, demonstram uma capacidade de definir e gerir a sua alimentação consoante as necessidades fisiológicas, traduzindo-se normalmente numa redução da ingestão ao longo da evolução do TP.

Relativamente aos benefícios, a ingestão de hidratos de carbono aumenta o aporte energético, diminuindo a cetonúria, proteinúria e a ocorrência de fadiga. Pelo contrário o jejum ou a diminuição do aporte de hidratos de carbono, conduz a um cansaço mais rápido, aumentando a lipólise e o catabolismo proteico (Scheepers *et al*, 2001). Esta ideia é reforçada por Hunt (2013, p. 499), na medida em que a autora refere que o TP se pode prolongar, tendo como consequência a cetonúria e posteriormente a inatividade uterina, com a necessidade de reposição de ocitocina.

Os hidratos de carbono têm como principal função o fornecimento de energia ao organismo e dividem-se em dois grupos: os hidratos de carbono simples e os complexos. Tendo em conta o TP debruçamo-nos sobre o consumo dos hidratos de carbono simples. Estes são conhecidos como açúcares que existem ou são adicionados aos alimentos, sendo a glicose a molécula mais simples, que resulta da digestão dos hidratos de carbono. Têm uma absorção rápida e devem ser consumidos regularmente de forma a compensar o consumo de energia. Podem ser de dois tipos: os monossacarídeos, formados por uma molécula única (frutose, glicose ou galactose), ou os dissacarídeos, formados por duas moléculas de monossacarídeos (sacarose, lactose, maltose). Os hidratos de carbono simples, são constituídos por moléculas pequenas, que por sua vez se tornam mais facilmente absorvíveis a nível intestinal ficando disponíveis mais rapidamente para que sejam utilizados pelo organismo, desta forma são uma fonte de energia que se encontra mais rapidamente disponível, contudo com uma curta duração no seu efeito.

O consumo energético durante o TP é idêntico a uma prática de exercício físico intenso (American College of Nurse midwives, 2008), desta forma, a ingestão alimentar durante o TP é a forma mais fisiológica de repor a energia consumida durante o mesmo. Muitas vezes, em substituição da ingestão de alimentos durante o TP são administrados soros, via endovenosa, o que poderá provocar uma sobrecarga hídrica materna, uma vez que o débito cardíaco, assim como a capacidade de resposta cardíaca, se encontram alterados (Lowdermilk & Shannon,

2009). Além dos riscos para a mãe, são também registados os riscos para o feto/neonato. Em tempos, a reposição era realizada com recurso a fluidos dextrosados (para prevenção de cetoacidose), acabando por cair em desuso, devido ao seu acrescido risco de hipoglicémia fetal (American College of Nurses Midwives, 2008).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013), recomenda a ingestão de líquidos claros, em quantidades moderadas, a parturientes consideradas de baixo risco com evolução normal do TP. Podem ingerir pequenas quantidades de chá, água e sumos de fruta sem polpa, em volumes não superiores a 100 mililitros de 15 em 15 minutos, mantendo obrigatoriamente a vigilância do bem-estar materno-fetal. A American Society of Anesthesiologists (ASA) (2016) e o American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG) (2009) preconizam a ingestão de líquidos durante o TP pressupondo a presença de referenciais como, gravidez de baixo risco (ausência de diabetes *mellitus*, obesidade mórbida, cesariana anterior, macrosomia fetal, eclâmpsia ou pré-eclâmpsia), compatibilidade feto pélvica, apresentação cefálica de vértice, cardiotocografia com registo tranquilizador com uma de duração mínima de 3 minutos, ausência de sinais indicativos de sofrimento fetal (exemplo perda de líquido tinto mecónio - LTM), ausência de via aérea previsivelmente difícil e com realização de registos precisos e concisos – hora, volume e tipo de líquidos ingeridos.

1.2. Ingestão alimentar na promoção do conforto durante o trabalho de parto

Tendo por base a teoria do conforto de Kathrine Kolcaba, Tomey & Alligood (2004), define-se o conforto como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”. As necessidades individuais de cada um caracterizam a condição que lhes permite a vivência da experiência de conforto. Esta sensação é caracterizada como uma experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental). Neste sentido, Oliveira (2013), tendo por base Kolcaba (1997; 2003) complementa, referindo-se ao alívio, como “a experiência de um doente a quem foi satisfeita uma necessidade de conforto específica”, referindo-se à tranquilidade como “um estado de calma, sossego ou satisfação” e à transcendência como um “estado no qual é possível superar problemas ou dor”.

Sobre o Conforto, Oliveira (2013, p.3) citando Merriam-webster Dictionary (2000), refere que pode ser definido como “suporte”, “estado ou percepção de ter alívio... ou

consolação”, “contentamento”, “satisfação com o bem-estar ao nível físico ou mental especialmente na libertação de necessidade, ansiedade, dor ou dificuldade (...)”.

Ao nível da prestação de cuidados de Enfermagem o conceito “conforto” surge muitas vezes aliado ao “bem-estar”. Oliveira (2013), refere que estes são termos distintos, porém com duas diferenças subtis, pois como havia sido referido, o conforto reporta para o estado imediato enquanto o bem-estar se refere a algo perspectivado a um prazo superior ao imediato. Desta forma, citando Benner e Wrubel (1989), Oliveira (2013, p.4), associa o “bem-estar” ao sentir-se cuidado, enquanto o “conforto” se refere à “experiência de beneficiar de ajuda (...)”, alívio de sintomas ou problemas. No senso comum, os dois termos são usados de forma quase indistinta. Ao longo deste documento serão utilizados em associação, contudo, tendo em conta a sua importância enquanto termos distintos.

Gouveia (2003), baseando-se na Teoria de Maslow, alia a sensação de desconforto com a não satisfação de necessidades fisiológicas inerentes ao ser humano, nomeadamente “comer e beber”, essencial durante e após um período de enorme dispensa de energia como no caso do TP. Na Teoria de Maslow, a ingestão de alimentos (comer e beber) é a base para a satisfação das necessidades humanas básicas, seguindo-se a “estabilidade pessoal” caracterizada pela necessidade de segurança e proteção. A satisfação das necessidades humanas desde a sua base, eleva o Ser Humano para um estado de conforto, facilitando o equilíbrio no estado de saúde, autoestima e realização. A satisfação das necessidades humanas básicas, é utilizada como um meio para promover o conforto à mulher, especialmente, numa situação de extrema vulnerabilidade como é o TP

A adequação de alimentos tendo em conta a variedade disponível de acordo com os estudos realizados na área, mostra-se como uma mais valia no aumento da satisfação das parturientes. Aliar a satisfação da necessidade básica de ingestão alimentar, com o fornecimento de energia tão necessário ao desenvolvimento do TP torna-se numa mais valia na promoção do conforto.

2. METODOLOGIA DE TRABALHO

O delinear dos objetivos, assim como das intervenções a realizar, foram planeados inicialmente no contexto de um projeto, a desenvolver durante os diversos ensinamentos clínicos do curso de mestrado, com maior incidência no ensino clínico “estágio com relatório”. O projeto teve como finalidade, o desenvolvimento de competências técnico-científicas no cuidado à mulher em TP, relacionado com a ingestão alimentar e o seu contributo para o conforto da mesma.

Foi feita uma *Scoping Review*, partindo da questão de pesquisa: “Quais os riscos e benefícios da ingestão alimentar durante o TP e o seu contributo para o conforto da parturiente?”, sendo a população alvo (P) as parturientes, o conceito (C) os riscos e benefícios da ingestão alimentar e o seu contributo para o conforto durante o TP, e o contexto (C) ambiente hospitalar (bloco de partos).

Foi utilizada a plataforma Ebsco®, recorrendo às bases de dados Medline® e Cinahl®. Usaram-se termos indexados em ambas as bases de dados, um termo natural na Medline® e associaram-se os termos booleanos “OR” E “AND” (tabela 1).

Foram utilizados os descritores: “labor obstetric”, “labor”, “intrapartum care” “drinking”, “fluid intake”, “eating behavior”, “maternal welfare”.

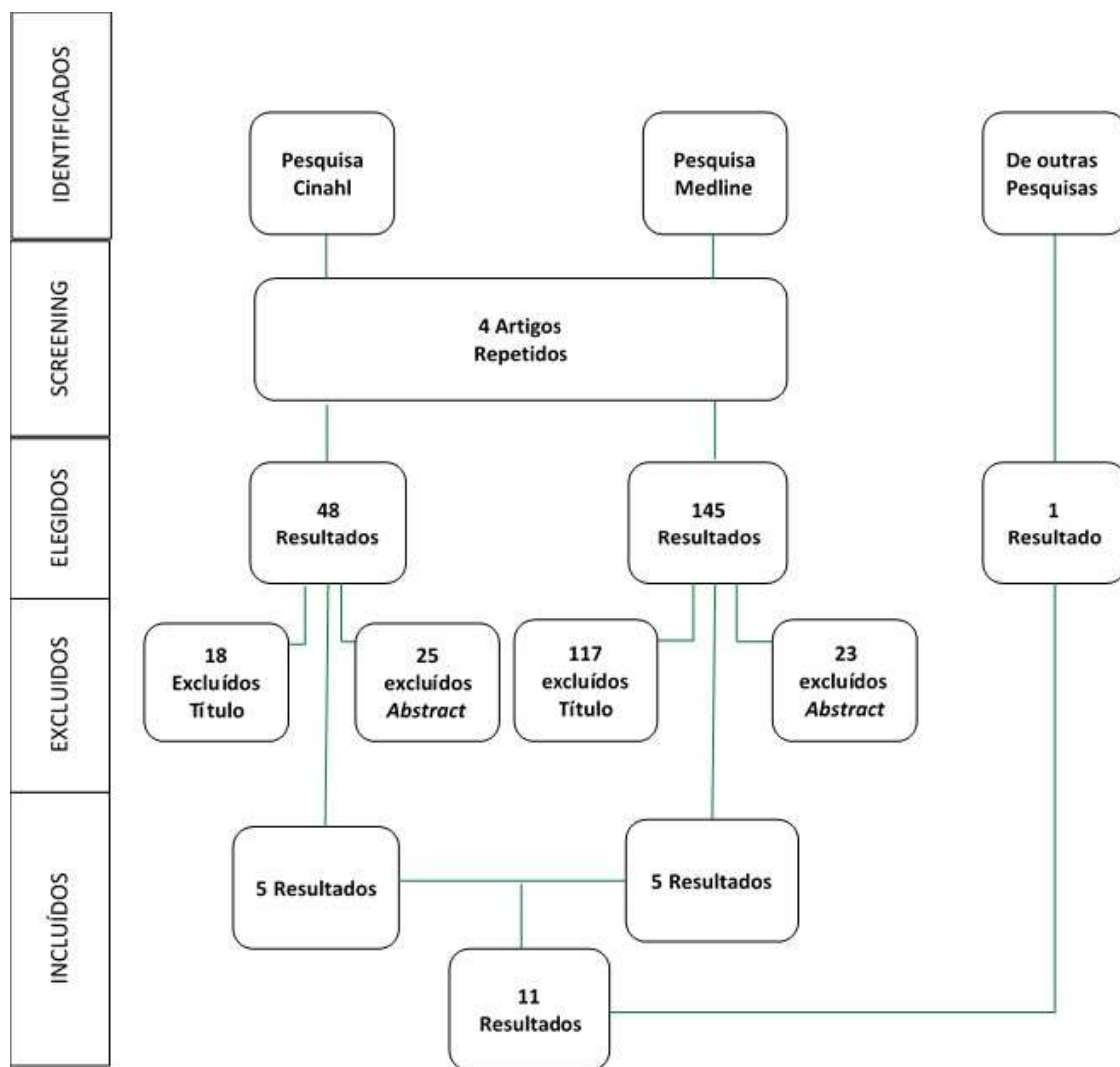
Tabela 1 – Descritores para pesquisa nas bases de dados Medline e Cinahl

Estratégia de pesquisa Medline® (Mesh)	Estratégia de pesquisa Cinahl® (headings)
<i>“labor obstétric” (MH) (A)</i>	<i>“labor” (MM +) OR “intrapartum care” (MM +) (C)</i>
<i>“Drinking” (MH) OR “Maternal welfare” (termo natural) (B)</i>	<i>“fluid intake” (MM) OR “eating behavior” (MM+) OR “maternal welfare” (MM) (D)</i>
<i>AND (B)</i>	<i>(C) AND (D)</i>

A seleção dos documentos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Foram definidos como critérios de inclusão: documentos em língua Portuguesa, Espanhola e Inglesa; artigos publicados a partir do ano 1998; artigos que se encontrem completos nas bases de dados e artigos cujo ambiente seja compatível com bloco de partos.

Na pesquisa realizada na base de dados Cinahl® foram apurados 48 resultados, sendo que 18 documentos foram excluídos pelo título e 25 documentos excluídos pelo Abstract, desta forma, resultaram 5 documentos. Na pesquisa realizada na base de dados Medline®, foram seleccionados 145 documentos, sendo excluídos 117 documentos pelo título e 23 documentos pelos *Abstract*, resultando 5 documentos. Dos documentos, seleccionados inicialmente nas duas bases de dados, 4 eram repetidos, conforme esquematizado na Imagem I - Diagrama de Prisma.

Imagem 1 - Diagrama de Prisma



Foi ainda incluído um documento, proveniente de “literatura cinzenta”, não disponibilizado nas bases de dados em que foi realizada a pesquisa. Este documento refere-se ao projeto emanado pela OE, seguindo as diretrizes sugeridas pela OMS na efetivação da ingesta durante o trabalho de parto. Foi incluído pelo facto de ser um documento recente e de

referência na prestação de cuidados em Portugal. Foi analisada toda a informação contida nos documentos selecionados, contribuindo o seu conteúdo para a fundamentação teórica assim como para sustentação da aplicação de uma prática baseada na evidência (Apêndice I – Apresentação dos documentos selecionados).

Ao longo da pesquisa realizada foi unânime a ideia de que a ingestão alimentar tem um efeito benéfico na parturiente, além de não existirem casos de aspiração brônquica em mulheres em que foi adotada a prática da ingestão alimentar, Scheepers, Essed & Brouns (1998) mencionam inclusive, que o jejum não é sinónimo de estomago vazio, além de que a grávida por todas as adaptações anatómicas, é considerada à partida, sempre “um estomago cheio”. O mesmo autor refere que o jejum está cada vez mais desaconselhado, pela associação ao aumento do stress muscular e metabólico e consequentemente o comprometimento do bem-estar e conforto da parturiente. Os avanços existentes na área da anestesia, não justificam a manutenção desta prática. Scheepers *et al* (2001), apoiam a ideia referida por Scheepers, Essed & Brouns (1998), reforçando que o aporte energético, essencialmente de hidratos de carbono, diminuem a cetonúria, proteinúria e ocorrência de fadiga.

Beggs & Stainton (2002), destacam a falta de estudos na área, de forma a que a evidência científica tome suporte, contudo da evidência existente nada comprova que a prática da ingestão possa ser prejudicial. Esta autora, reforça um dado importante para o tema em questão, salientando que as necessidades fisiológicas e psicológicas da mulher não são compreendidas. Ao longo do seu artigo vai de encontro ao que descreve Scheepers, Essed & Brouns (1998), relativamente ao bem-estar e conforto da parturiente e Scheepers *et al* (2001) em relação ao aumento da ocorrência de fadiga.

O American College of Nurse-Midwives (2008), acaba por reforçar os achados anteriores, contudo realça um aspeto importante, casos de risco aumentado de aspiração brônquica (obesidade e distúrbios crónicos que aumentem o risco de hemorragia) é necessário ter em conta a necessidade de realizar restrição alimentar, realça também a importância da criação de *guidelines* que suportem uma prática baseada na evidência, fomentando uma tomada de decisão partilhada entre os profissionais e as parturientes e sobretudo uma tomada de decisão informada.

À semelhança do que é descrito por Scheepers, Essed & Brouns (1998), Maharaj (2009), foca a necessidade de suplementar as necessidades fisiológicas da parturiente durante o trabalho de parto, possibilitando a ingestão de líquidos claros e bebidas isotónicas. É também, salientada a ideia de que durante a gravidez por todas as alterações anatómicas existentes, acaba por não

haver um esvaziamento total do estômago mesmo cumprindo o jejum. Relativamente ao risco de aspiração, este é reduzido, havendo recursos para que o seu risco possa ser atenuado, através da administração de medicação (como antiácidos, Antagonistas H₂ e metoclopramida). Caso haja risco de aspiração decorrente da administração de uma anestesia geral, este pode ser minimizado com o recurso a entubação orotraqueal.

King, Glover, Byrt & Porter-Nocella (2011) destacam que mulheres a quem é oferecida a possibilidade de ingestão oral, demonstram uma capacidade de definir e gerir a sua alimentação consoante as necessidades fisiológicas, que se traduz normalmente numa redução da ingestão ao longo da evolução do trabalho de parto. Os autores associam a existência de vômitos e o aumento de tempo de trabalho de parto como resultado de um trabalho de parto arrastado, já as parturientes nem sempre consideram esses fatores como um “mau trabalho de parto”.

Segundo Hunt (2013), à semelhança do que já havia sido referido por outros autores, considera que o jejum pode conduzir a desidratação e acidose enquanto que a ingestão de alimentos garante a manutenção de níveis energéticos elevados minimizando complicações relacionadas com a exaustão maternal. Não foram registados problemas associados à prática da ingestão alimentar durante o trabalho de parto o único efeito adverso registam apenas em caso de ingestão de grandes quantidades de fluidos (7 a 8 litros) conduzindo a hiponatrémia do neonato e sobrecarga hídrica da mãe.

Singata, Tranmer & Gyte (2013), entre outros achados, consideram que o ponto de vista das parturientes não foi contemplado, sendo este de grande relevância. Além disso os mesmos autores referem também que os dados de que existe registo são insuficientes estudar a incidência de ocorrência de síndrome de Mendelson, visto ser extremamente raro. Após uma análise cuidada da evidência os mesmos autores referem que não existem dados que suportem o malefício da ingestão alimentar, justificando o jejum em grávidas de baixo risco. Acerca das parturientes de alto risco de comparação no parto, não existe qualquer risco de evidência, logo, não existem dados que suportem a necessidade de jejum. Relativamente a bebidas ricas em hidratos de carbono existe ainda alguma controvérsia, contrariamente ao que referem Scheepers *et al* (2001) e Scheepers, Essed & Brouns (1998), sugerindo então a realização de novos estudos neste âmbito.

No estudo desenvolvido por Salmerón, Consuegra & Gutiérrez (2008), os achados são bastante significantes e direcionados relativamente aquela que é a questão que conduziu a *scoping review*. É apresentada a evidência prática da baixa incidência de náuseas e vômitos, em

casos, de gravidez de baixo risco, não havendo evidência de menor incidência em parturientes que optaram por não se alimentar, aliás pelo contrário.

A nível nacional, a Ordem dos Enfermeiros (2013), emite um documento que regula a prática de Enfermagem, no projeto intitulado “Projeto Maternidade com Qualidade”. Neste documento a ingestão de líquidos cristalinos e à medida que o parto evolui, a ingestão de goles de água é considerada benéfica. Estes achados revelam-se importantes na “prevenção da desidratação, cetoacidose e sobrecarga hídrica materna, manutenção da reserva energética para o feto e para a atividade uterina, regulação natural das mulheres à medida que avança o trabalho de parto, com diminuição progressiva espontânea do consumo alimentar” (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Na bibliografia analisada pelos autores, estudos realizados pela ACOG e pela ASA, referem também que o jejum, mesmo que por um longo período, não é garantia de um estômago vazio. Em caso de anestesia geral, os autores recomendam, a realização da profilaxia através da administração de terapêutica (antiácidos, antagonistas dos recetores H₂ e a metoclopramida). São referenciadas duas medidas, como a única forma de garantir efetivamente a prevenção da broncoaspiração, sendo elas: um volume gástrico inferior a 25 mililitros e um pH do conteúdo gástrico superior a 2,5. Os autores baseiam-se ainda em Nancy (2010), que cita Singata, Tranmer & Gyte (2013), não relevando a existência de uma relação entre a ingestão e a morbilidade por aspiração. Os autores em causa, associam os vômitos ao aumento do número de horas de jejum e à presença de corpos cetónicos.

De acordo com o documento analisado, as recomendações relativamente á ingestão alimentar durante o trabalho de parto são: “os líquidos por via oral podem ser oferecidos em doses moderadas durante o trabalho de parto e parto, as parturientes consideradas de baixo risco com evolução normal do trabalho de parto podem ingerir pequenas quantidades de chá, água e sumos de fruta sem polpa, em volumes não superiores a 100 mililitros de 15 em 15 minutos” em situações de: “gravidez de baixo risco”, “compatibilidade feto-pélvica”, “apresentação cefálica de vértice”, “CTG tranquilizador com duração mínima de 3 minutos”, “ausência de uma via aérea previsivelmente difícil” e “registos precisos e concisos”.

Relativamente à contestação e torno da prática da ingestão alimentar durante o trabalho de parto, Parsons (2001), refere-se ao recurso à prática de jejum na maioria das vezes, não porque este se baseie em políticas instituídas, mas pela “tradição” de o fazer desta forma.

O projeto que desenvolvi foi aplicável na maioria dos estágios realizados ao longo do mestrado, ganhando maior enfoque no “estágio com relatório”. Desta forma, no ensino clínico

referente ao puerpério, após abordagem das puérperas em contexto informal foi possível conhecer a experiência das mesmas relativamente à ingestão de alimentos durante o TP, a sua perceção relativamente aos benefícios da ingestão de alimentos nesse período e as implicações da ingestão no bem-estar ou conforto no pós-parto. Foi perceptível que a maioria das utentes não tinha sido abordada nesse sentido, à exceção das utentes seguidas na consulta de alto risco obstétrico do próprio hospital, contudo foi consensual que, para as próprias, o facto de poder, pelo menos, beber água ou chá poderia ser benéfico e propiciar maior conforto.

Em contexto de internamento de grávidas, foi possível perceber os conhecimentos da grávida/ família sobre a temática, assim como esclarecer dúvidas, capacitando-os e empoderando para o TP. Durante o ensino clínico em contexto de cuidados de saúde primários, foi possível enquadrar a temática numa das sessões de educação para a saúde, assim como incluir informação durante a consulta de vigilância da gravidez de baixo risco. No ensino clínico em contexto de cuidados intensivos neonatais, ao contrário do que era expectável, não foi possível confrontar a evidência científica com a experiência prática. Apesar da evidência existente relativamente à hipoglicémia neonatal assim como à perda ponderal aumentada em casos de recém-nascidos de mãe com sobrecarga hídrica por soros intravenosos durante o TP (American College of Nurses Midwives, 2008), a gravidez e parto, não eram relacionadas com essas alterações específicas dos recém-nascidos.

Foi criado um guião de observação (Apêndice II), com o intuito de facilitar a prática reflexiva, tendo por base as experiências vivenciadas ao longo do estágio no contexto da sala de partos. O referido guião, foi criado com base nos dados constantes em registo relativos às puérperas assim como nas questões que mais frequentemente eram abordadas. A sua utilização permitiu-me organizar e sistematizar a informação que recolhi, informalmente, durante a prestação de cuidados às parturientes/ pessoa significativa. Foi um elemento facilitador, pois permitiu comparar a minha prática, à luz da evidência científica, possibilitando uma melhoria dos cuidados prestados às parturientes/ pessoa significativa. Esta informação foi organizada numa tabela para facilitar a consulta e análise da mesma.

Durante o “estágio com relatório”, além do desenvolvimento de competências na área específica do projeto, foram também promovidas situações de aprendizagem e desenvolvidas diversas atividades tendo em vista o desenvolvimento de competências do EESMO. Como norteador deste processo de aprendizagem tive subjacente, o regulamento de competências específicas do EESMO (Regulamento nº127/2011 de 18 Fevereiro, 2011) e as Competências

Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira, definidas pela Confederação Internacional de Parteiras (2011).

A análise e reflexão crítica da prática de cuidados e o uso da evidência científica foram os principais recursos no desenvolvimento de competências. Subjacente ao desenvolvimento de conhecimentos teóricos está o desenvolvimento de aptidões práticas, utilizando como princípio metodológico uma prática baseada na evidência. O cumular entre o domínio do conhecimento, aptidões práticas, capacidade reflexiva e sua articulação com a evidência científica, capacitam para um melhor desempenho estratégico, autonomia e aptidão para responder em situações crescente complexidade e imprevisibilidade (ANQEP & DGES, 2013, p. 108).

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

Ao longo do seu percurso profissional, o Enfermeiro desenvolve competências, habilidades interpessoais, compromete-se na prestação de cuidados, clarifica o sistema de crenças e valores e desenvolve o seu autoconhecimento, o que o eleva para um nível superior na arte de cuidar.

A aquisição de conhecimentos teóricos é essencial para que consiga aliar o conhecimento teórico a um “saber fazer”. O desenvolvimento do “conhecimento prático”, só é possível experienciando a prática de determinada disciplina (Benner, 2001). Desta forma este *know how*, (saber fazer), de que tanto ouvimos falar, diferencia o Enfermeiro de um nível de iniciado, progressivamente, para um nível de perito.

O desenvolvimento da prática confere, ao longo do tempo, o domínio da situação, pelas experiências vivenciadas e conhecimentos adquiridos, conseguindo, antecipar muitas atitudes pelo conhecimento já consolidado em situações anteriores. No entanto, na sequência de cada nova aprendizagem surge a necessidade de ampliar os conhecimentos, encontrando sustentação para o desenvolvimento da prática, o que gera reflexão e procura contínua de respostas.

Desta forma, confrontando a evidência científica com a prática desenvolvida é estabelecido um percurso progressivo e inacabado, que incita a reflexão, dotando o Enfermeiro, ao longo do seu percurso, de competências e capacidades no desempenho do seu papel. O culminar de todas as transformações na forma de cuidar a partir da prática baseada na evidência, permite o avanço para um outro nível, que confere capacidade para desempenhar um papel mais efetivo, não pelo título de especialista e pelo grau de mestre, em si, mas pelas competências que adquire e desenvolve ao longo do percurso. À semelhança do que se encontra descrito no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento, nº 122/2011) este, além do domínio específico de Enfermagem, tendo em conta a resposta humana ao processo de vida e aos problemas de saúde, detém elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão, que se pode traduzir num conjunto de competências especializadas em relação a um campo de intervenção. O desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista, envolve também o desenvolvimento das dimensões de educação, orientação, aconselhamento e liderança tendo em vista o avanço e a melhoria da prática de Enfermagem.

Ao conseguir atuar desta forma, pode-se dizer à luz do que defende Benner (2001), citando Dreyfus, H. (1979) e Dreyfus, S. (1981), que foi desenvolvida a perícia, incluída num conhecimento, conferindo ao Enfermeiro perito a capacidade de se aperceber “da situação como um todo” utilizando como exemplos situações que o próprio já vivenciou, indo de encontro ao problema sem ter em conta considerações, que podem de certa forma ser inúteis. De acordo com a autora supracitada, a prática perita é caracterizada pela sua intencionalidade, previsibilidade, significados e resultados.

A OE (Regulamento nº 127/2011), define as competências do EEESMO, no cuidado à mulher inserida na família e comunidade ao longo do seu ciclo de vida, nomeadamente durante o período pré-natal, no trabalho de parto, no período pós-natal, no período de climatério, a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica assim como no cuidado à mulher em idade fértil inserida na comunidade.

“O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.” (OE, 2011, p.8662)

A área de saúde é, por si, uma área repleta de dilemas, seja por questões morais ou por questões éticas. Enquanto Enfermeiros, prestadores de cuidados que partilham a maior parte do tempo com os utentes durante o internamento, funcionando não apenas como prestadores de cuidados, mas como ouvintes, conhecedores de receios e medos que os assolam, de situações que são muitas vezes incómodas, não só para quem as vive, mas para quem fica conhecedor, cabe-nos agir com base nos princípios éticos e deontológicos que nos regem, procurando o bem-estar de quem cuidamos. À semelhança do que refere a Ordem dos Enfermeiros (2015b), a ética resulta da reação que cada um de nós decide dar ao que realiza e tem por base a reflexão filosófica sobre a prática e o sentido que cada um lhe dá. Depende da intenção que lhe é conferida, sendo, no entanto, condicionada pela educação, experiência e conhecimento.

No subponto 3.1 será abordado o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à mulher/família em contexto de urgência obstétrica e ginecológica. No subponto 3.2 a prestação de cuidados à mulher/família em trabalho de parto. Neste subponto será introduzido o ponto 3.2.1 onde será abordado o desenvolvimento de competências na área específica do meu projeto.

3.1 Cuidado à mulher/família em contexto de urgência ginecológica e obstétrica

Tendo em conta o desenvolvimento de competências no cuidado à mulher a vivenciar situações de urgência ginecológica e/ou obstétrica, foi possível experienciar diferentes situações, pois o serviço de bloco de partos onde foi desenvolvido o estágio tem uma valência de urgência ginecológica recebendo utentes com necessidade de observação/cuidados relacionados com alterações ginecológicas e utentes que se encontram no serviço de ginecologia com agravamento da situação clínica ou em processo de interrupção da gravidez (interrupção médica, voluntária ou aborto espontâneo). Neste contexto foram promovidas intervenções, no desenvolvimento de competências no cuidado à mulher ao longo do seu ciclo de vida, abrangendo as mulheres em idade fértil, período pré-natal, em trabalho de parto, no período pós-natal e climatério, como será descrito ao longo deste ponto. O serviço conta em simultâneo com a valência de Urgência Obstétrica, que dá resposta a utentes com patologia/alterações do foro obstétrico assim como a mulheres em trabalho de parto, no internamento de bloco de partos.

Apesar do contacto com diversas situações, irei ao longo deste ponto debruçar-se sobre duas problemáticas que se revelaram fulcrais no desenvolvimento de competências e que me marcaram enquanto profissional e futura EESMO.

Foram inúmeras as situações associadas a queixas relativas a alterações da eliminação urinária, com posterior diagnóstico de infeção do trato urinário, tendo como complicação contratilidade ou algias pélvicas associadas, perdas hemáticas vaginais durante o primeiro trimestre de gestação ou em algumas situações dúvidas relativas ao decorrer da gravidez. O serviço de urgência dá resposta a alterações do foro ginecológico em todas as fases do ciclo de vida da mulher, pelo que é frequente a prestação de cuidados a utente não grávidas. O contacto com o mais variado tipo de situações permitiu o desenvolvimento de competências no diagnóstico de deteção de alterações e a importância de uma relação entre a equipa multidisciplinar privilegiando a comunicação. Pude constatar que o serviço de urgência obstétrica e ginecológica, confere um apoio muito diversificado à mulher ao longo do seu ciclo de vida. O leque de utentes é bastante abrangente, tornando-se a prestação de cuidados num desafio. Após a vivência desta experiência, considero essencial a consolidação dos conhecimentos teóricos, mas também no desenvolvimento da prática clínica e sobretudo no desenvolvimento de competências relacionais. O primeiro contacto com as utentes é desenvolvido na admissão e a forma como este se desenvolve condiciona vivência de todo o

processo de saúde ou doença. A necessidade de cuidados de saúde gera, por si só, alguma angústia: Se for vivenciado de forma menos positiva, a pessoa depara-se com uma maior dificuldade na sua adaptação a nova situação. À semelhança do que descreve Coutinho (2004), apoiado na ideia de Benner e Wrubel (1989), a criação de um clima propício ao estabelecimento de uma relação de reciprocidade, gera condições de confiança para que a pessoa cuidada beneficie da ajuda oferecida e se sinta cuidada.

O EEESMO, é responsável pelo desempenho de intervenções autónomas e interdependentes no cuidado à grávida/parturiente que recorre ao serviço por alterações do seu estado de saúde. Ao longo do ER foram desenvolvidas competências na prestação de cuidados à grávida com pré-eclâmpsia, um dos casos mais marcantes ocorreu com uma grávida que estava no internamento grávidas, com história de hipertensão arterial na gravidez, controlada com medicação, com agravamento marcado, cefaleias, escotomas e epigastrialgias. Dadas as alterações sintomatológicas, ficou em observação no serviço de urgência obstétrica e ginecológica; cumprindo o rastreio de pré-eclâmpsia, foi instituída medicação, vigilância da diurese, monitorização da tensão arterial e vigilância do bem-estar materno-fetal. Do ponto de vista de desenvolvimento de competências, enquanto estudante EESMO, foi possível compreender a necessidade de uma vigilância e conhecimentos para atuação em caso de alteração súbita.

A prestação de cuidados à grávida com colestase gravídica foi outras das situações marcantes pela sua evidência. A sintomatologia era bastante evidente, o prurido e o rubor na região palmar, plantar e abdominal eram bastante sugestivos, sendo confirmados através da avaliação analítica. Neste caso a prestação de cuidados ao nível da urgência obstétrica e ginecológica conta com a intervenção do EEESMO na transmissão de informação e encaminhamento da grávida que habitualmente fica internada em vigilância.

Foi possível presenciar também a entrada de uma grávida com descolamento de placenta. Os sinais, eram demais evidentes, marcados pela hemorragia vaginal acentuada, algias pélvicas e traçado cardiotocográfico não tranquilizador. À semelhança do que descreve Graça, Araújo, Bispo, Borges, Brazão, Cardoso ... Carneiro (2010, p. 420), pode ser tomada uma atitude expectante desde que a situação materna seja estável e não haja evidência de sofrimento fetal. Nesta situação específica a senhora foi de imediato para o bloco operatório e realizada uma cesariana de emergência. Esta situação foi particularmente marcante, pois permitiu-me perceber a agilização que existe na equipa aquando uma situação emergente. A importância do conhecimento teórico e a aplicação das intervenções adequadas (como vigilância de parâmetros

vitais e de sinais e sintomas associados) influenciam a prestação de cuidados assim como o resultado que dela advêm. À semelhança do que está descrito pela OE (Regulamento nº127/2011)), o EESMO é detentor de competências que lhe permite conceber, planear e executar intervenções no sentido de avaliar, identificar e promover a saúde e o bem-estar das mulheres/família, distinguindo intervenções que possam estar para além da sua área de atuação referenciando-as sempre que estejam fora da sua esfera de ação. Apesar da autonomia que as competências específicas do EEESMO lhe conferem, a área da saúde materna e obstétrica é marcada pela sua imprevisibilidade. Desta forma além de aguçar o conhecimento e a técnica, desenvolvendo a perícia, é necessário reconhecer os limites da atuação. Sendo o profissional que estabelece o primeiro contacto, no caso da UOG, ou que estabelece maior contacto durante o internamento, o EEESMO deve estar desperto e solicitar o apoio da equipa multidisciplinar sempre que necessário, atuando em articulação e antecipando algumas das intervenções de forma a diminuir o tempo de atuação.

As experiências a que me refiro, permitiram o desenvolvimento de competências no cuidado à mulher durante o período pré-natal, nomeadamente da mulher com patologia ou complicações associadas. Foram desenvolvidas competências relativamente ao diagnóstico e prevenção de complicações e promoção da saúde. O EEESMO assume no bloco de partos um contacto direto com a mulher/família, sendo o primeiro contacto e quem acompanha durante a prestação de cuidados. Neste sentido foram adquiridos conhecimentos teóricos específicos no cuidado à grávida, conhecimentos práticos e destreza na deteção de alterações associadas, facilitando o desenvolvimento de competências no que concerne ao diagnóstico, conceção, planeamento e implementação de intervenções de enfermagem no cuidado à grávida com alterações patológicas.

Durante o estágio foram desenvolvidas competências no âmbito da prestação de cuidados a utentes com mastite. Pelo que consegui observar esta é uma complicação relativamente frequente. No caso de uma mastite, os cuidados a ter em conta são essencialmente cuidados antecipatórios, pois as puérperas devem ser instruídas a realizar os cuidados às mamas e clarificadas sobre a importância do esvaziamento mamário, na prevenção do bloqueio dos ductos mamários e consequentemente do ingurgitamento mamário. No tratamento da mastite além da medicação prescrita, o repouso e a extração de leite, são procedimentos a ter conta. Segundo Bértolo & Levy (2012, p.25-30), a puérpera deverá ser instruída a manter a amamentação na mama não afetada. A vivência desta situação fez com que ficasse mais desperta e adequasse a orientação a realizar, no sentido de otimizar o autocuidado durante o

pós-parto. Esta foi uma mais valia, no que concerne a aquisição de competências relativamente à conceção e planeamento de intervenções, com vista a promoção da saúde. Esta situação específica foi uma mais valia no sentido em que me permitiu desenvolvimento de competência em situação de urgência, ou seja, na resolução da problemática, mas também a nível da prevenção na minha prática diária em contexto de internamento de obstetrícia. Apesar do conhecimento sobre a importância da informação e dos cuidados a ter com a mama no pós-parto, passei a dedicar ainda mais atenção à puérpera nos cuidados mamários após o parto e durante a amamentação.

A interrupção da gravidez por aborto espontâneo, interrupção voluntária da gravidez ou interrupção médica, foram situações também recorrentes. Foi possível contactar com as diversas realidades. Qualquer uma das situações acarreta consigo uma enorme ansiedade para a mulher/casal/família. A prestação de cuidados em Saúde Materna e Obstetrícia, é habitualmente conhecida pelo seu encanto e beleza, mas por vezes o ciclo natural da vida é invertido, dando lugar a um sentimento de angústia e tristeza distinto pela perda. Foram prestados cuidados, relativamente ao alívio da dor, náuseas e vômitos, assim como colocado soro em perfusão para reposição da volémia (em caso de perda hemática vaginal), no sentido de minimizar os desconfortos e prevenir complicações associadas à situação de aborto. Durante e após o alívio da sintomatologia, foi possível estabelecer uma relação terapêutica com a mulher, no sentido de promover/ facilitar a sua adaptação à sua situação. O estabelecimento da relação terapêutica foi sobretudo baseado na escuta ativa. No caso de interrupção voluntária da gravidez, as utentes verbalizavam sentir-se “tristes” e “envergonhadas” (sic), com a decisão que tomaram. Enquanto futura EEESMO, cabe-me agir em consciencialização da mulher/casal, promovendo a vivência dos direitos humanos. Desta forma, respeitando os princípios éticos e deontológicos, procurei atuar em parceira com a mulher, promovendo a sua capacitação face à sua tomada de decisão e à informação que a mesma detinha, oferecendo assistência tendo por base o respeito da integridade física, autodeterminação e privacidade, considerando a mulher em toda as suas dimensões, incluindo sentimentos e expectativas, não exercendo juízos de valor (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 15-22).

A atuação, no caso de interrupção da gravidez, segue o protocolo preconizado pela instituição, que se fez cumprir em cada uma das situações. No entanto foi o contexto, assim como as complicações inerentes, que trouxeram consigo as principais hipóteses de aprendizagem, deixando-me mais desperta em situações futuras. Foi possível assistir a uma curetagem uterina, por retenção placentar, após interrupção médica da gravidez: O

procedimento foi realizado em bloco de ginecologia (incluído no bloco de partos), sob anestesia geral, foi realizada uma evacuação cirúrgica com recurso a cureta cortante. Os cuidados pós-aborto passam pela vigilância de perdas hemáticas e vigilância uterina. A prestação de cuidados no decorrer da curetagem, permitiu o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira no apoio a anestesia, permitindo o contacto com a medicação utilizada na realização da anestesia geral, assim como na preparação do material inerente a intervenção cirúrgica. A interferência deve ser minimizada necessitando a mulher/família essencialmente de apoio na transição de papéis. A experiência de perda, envolve aspetos emocionais, culturais, morais e éticos que não devem ser descurados (Miranda, 2016).

As situações de aborto espontâneo presenciadas, ocorreram em mulheres com gestação de risco inerente à idade materna e em múltiparas. Apesar de não se tratar de gravidez planeada, ambas as senhoras revelaram “se ter tornado numa gravidez desejada” (sic), de tal forma, o processo de perda encerra em si o desconforto psicológico e emocional, que se retrata no fâcies triste da mulher/casal. Em ambas as situações de aborto espontâneo, houve necessidade de curetagem: numa das situações tratou-se de uma curetagem aspirativa, na outra situação uma curetagem com recurso a cureta cortante.

De todas as situações vivenciadas ao longo do ensino clínico, a situação mais marcante, prendeu-se com uma morte fetal às 34 semanas e 5 dias. Essa foi uma situação deveras angustiante, que me fez refletir sobre a importância do cuidado à parturiente/ casal/ família. a viver a experiência da morte fetal *in útero*. O parto que é normalmente um momento de grande euforia por parte da família, marcado pela chegada do bebé que idealizaram, deu lugar a um momento devastador, carregado de tristeza e ansiedade pelo confronto com uma realidade para a qual não estavam preparados. Este assunto torna-se ainda mais delicado e complexo por não se tratar de uma simples perda, mas da sobreposição de duas experiências de perda; uma pela morte em si e outra inerente à quebra das expectativas relativamente ao parto e ao momento em que conhece o bebé (Ampese, Perosa & Haas, 2007).

A perda é valorizável independentemente da fase da gestação. Para Montero, Sánchez., Montoro, Crespo, Jaén & Tirado (2011) a perda, na fase inicial da gestação, é considerada não como a morte do bebé, mas sim como perda de ilusões e expectativas; apesar de ser uma situação de perda, é relativamente comum, razão pela qual muitas vezes não é devidamente valorizada. Por sua vez, as perdas tardias, são consideradas experiências muito dolorosas para os pais, por serem considerada uma perda real.

Deparei-me com um misto de sentimentos que variava entre a pena daquela família, e a minha frustração enquanto profissional. Tal como descreve Montero *et al* (2011, p. 6) “os sentimentos manifestados pelos profissionais (...) são de pena, ansiedade, insegurança, ressentimento, culpa, raiva, sensação de fracasso e impotência e estão relacionados principalmente ao não saber enfrentar e manejar essas situações”.

Nos processos de IMG e aborto espontâneo foi questionado à mulher se queria ver o feto, havendo apenas duas senhoras que optaram por fazê-lo. Um dos casos foi referente a um aborto espontâneo (de 18 semanas de gestação), outro relativamente a uma gestação de 34 semanas com morte fetal *in útero*. Às parturientes que o desejaram foi proporcionada a sua vontade.

A perda fetal foi, ao longo do estágio, uma das situações que me causou maior impacto e necessidade de reflexão. Apesar dos conhecimentos adquiridos, durante a experiência prática, o contacto com este tipo de situações exigiu uma enorme adaptação, lidar com os meus próprios sentimentos, assim como a necessidade de manter a resiliência necessária para, nesse contexto, prestar cuidados holísticos, humanizados, tendo por base a ética e deontologia, respeitando a mulher/ casal/família no seu contexto, permanecendo, no entanto, um sentimento inexplicável, que me levou a refletir sobre o momento e a lacuna causada pela situação, não só nas famílias mas também para mim enquanto profissional. A morte fetal é caracterizada por uma inversão do ciclo natural da vida, sendo um dos extremos com o qual contactamos numa área habitualmente marcada pela sua beleza e mistério inigualável, mostrando que, quando o rumo existente, não é o esperado, o EESMO assume um lugar essencialmente de cuidador assistindo a mulher em necessidades que transcendem o cuidado físico e o bem-estar.

Apesar de ao longo das aulas teóricas ter sido abordada a temática da violência doméstica e de abusos sexuais, o contacto direto e a vivência dessa problemática em contexto de estágio, assume outra dimensão. Como refere a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), o conceito de violência é amplo este implica a presença de conduta reiterada ou não, que inflija sofrimentos físico, sexual, psicológico ou económicos, direta ou indiretamente e que resida ou não no mesmo espaço (<https://apav.pt/lgbt/menudom.htm> acedido a 07-05-2017). Houve uma situação que me marcou especialmente: tratou-se de uma utente de 50 anos que recorreu ao serviço de urgência, após fuga de casa onde residia com o companheiro durante o esquecimento do mesmo em trancar a porta. Esta utente marcou-me especialmente pela sua história de vida. Recorreu ao serviço de urgência acompanhada pelos bombeiros a quem pediu ajuda para que a levassem ao hospital, pois tinha sido, segundo a própria “abusada mais uma

vez, mas desta vez ele obrigou-me a tomar banho, mas eu não tomei” (sic). Os relatos de violência doméstica e abusos sexuais eram imensos, acompanhados sempre de uma pressão psicológica que levaram a desgaste e vontade de colocar termo a tamanho sofrimento. O desespero era evidente no rosto daquela mulher. A utente que se encontrava durante a fase de climatério referia, além do que foi anteriormente mencionado, queixas de dispareunia associado ao ato sexual forçado. Foi de imediato acionado o plano existente para acompanhamento e proteção da utente em causa, orientado pelo núcleo de trabalho de apoio à vítima existente na instituição.

De acordo com a descrição de competências específicas do EEESMO (Regulamento nº 127/2011), considero ter atingido o objetivo delineado para o contexto de urgência obstétrica e ginecológica. Foi possível aprofundar conhecimentos assim como desenvolver competências específicas do EEESMO, tal como descrito ao longo do ponto 3.1 na descrição/análise de desenvolvimento de competências de aprendizagem.

3.2 Cuidado à mulher em trabalho de parto e ao recém-nascido

Ao longo deste ponto, é abordada a experiência relativa ao desenvolvimento de competências durante o cuidado à mulher em trabalho de parto e os cuidados imediatos ao RN. Esta etapa do ER foi considerável pois trouxe consigo uma parte considerável das experiências vivenciadas além de estar relacionada com um dos objetivos relacionado com o projeto desenvolvido para o ER que se prende com a ingestão alimentar como contributo para o conforto no trabalho de parto.

À semelhança da OE, a International Confederation of Midwives (ICM), define as competências essenciais para o exercício básico da profissão de parteira (Confederação internacional de parteiras, 2011, p. 1-19). A Confederação Internacional de Parteiras (2011) considera cinco conceitos fundamentais da atividade das parteiras: a promoção do cuidado em parceira com as mulheres; o respeito pela dignidade humana; a defesa das mulheres; a prestação de cuidados culturalmente sensíveis, trabalhando no sentido de ultrapassar práticas que possam lesar mulheres e bebés e a promoção da saúde e prevenção da doença, encarando a gravidez como um acontecimento normal no ciclo de vida da mulher.

O EEESMO assume no cuidado à mulher em TP uma posição fulcral, como descreve a Ordem dos Enfermeiros (2015a, p. 7): “A filosofia de cuidados em Saúde Materna e Obstétrica, na sua essência, é fortemente enraizada num modelo de assistência em que o EEESMO/Parteira

trabalha em parceria com a Mulher”. Como tal, o cuidado centrado na mulher, tende a aliar a eficácia, capacidade de resposta, com o envolvimento das utentes, valorização dos seus desejos e escolha informada, envolvendo a mulher/casal/família, empoderando-os no sentido de lhes permitir tomar as suas decisões. O cuidado centrado na mulher assenta em cinco princípios fundamentais: o enfoque na gravidez e parto como um todo, valorizando o início da vida em família; tornar as mulheres parceiras no planeamento e prestação de cuidados; garantia de uma escolha informada, tendo em conta as opções disponíveis; permitir o controlo sobre as principais decisões relativas à prestação de cuidados, apoiando a gravidez e o parto normais e a continuidade de cuidados, facilitando o desenvolvimento de relações de confiança com os seus cuidadores (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p.8,9).

Enquanto Enfermeira desenvolvo a minha atividade profissional em contexto de puerpério. O facto de ter desenvolvido o ER na instituição onde trabalho, mostrou-se um elemento facilitador no acompanhamento das mulheres/ família, permitindo a continuidade dos cuidados. A continuidade dos cuidados facilita o estabelecimento de uma relação de confiança entre as mulheres/família e os cuidadores (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). Transpondo para a realidade com que me deparo, posso constatar que é, de facto, estabelecida uma relação empática que impele que a mulher nos procure. Ao ver-nos, as parturientes/ família dirigem-se a nós (enquanto figura de referência) dizendo “sabe é que já estive consigo no bloco de partos, sinto-me mais à vontade” (sic), “acompanhou-nos durante todo o tempo em que aqui estivemos” (sic). Enquanto Enfermeira, o facto de acompanhar uma mulher em TP, mantendo o seu seguimento em puerpério, também se torna gratificante, pois facilita o estabelecimento da continuidade de cuidados e de uma avaliação à *posteriori*, da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, assim como da recuperação materna e o estabelecimento de uma relação terapêutica com a família.

De acordo com regulamento das competência do EEESMO, cabe-lhe cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, garantindo um ambiente seguro, “no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” (Regulamento nº127/2011).

A observação sistemática das mulheres, assim como a observação do estado geral, colheita de dados a partir do boletim de saúde de grávida e dos exames realizados ao longo da gestação, são de extrema importância na deteção precoce e prevenção de complicações. O EEESMO, detém competências na observação, conceção, planeamento e implementação de intervenções inerentes à promoção de conforto e bem-estar, controlo da dor, promoção de um

ambiente seguro, promoção da vinculação, avaliação e determinação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto, monitorização e acompanhamento do TP, implementação de medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.

O primeiro contacto é fulcral para o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança com a equipa prestadora de cuidados. Fomentar um ambiente propício, facilita a intervenção e a prestação de cuidados mais humanizada e adequada para cada mulher/família. A avaliação inicial, realizada habitualmente na admissão das grávidas/parturientes, tem enorme importância para uma correta avaliação, identificação de necessidades e consequentemente planeamento de intervenções. A recolha de dados é um momento de relevância. Aspetos como o motivo que fez a grávida recorrer ao serviço de urgência (se foi por contratilidade, quando foi o seu início, frequência, duração, intensidade, se recorreu por REBA, qual a hora, a quantidade de líquido que perdeu, a cor, o cheiro, validar perda de sangue ou corrimento vaginal), história obstétrica, data da última menstruação, idade gestacional, realização de exame vaginal, observação perineal (sempre que seja indicado), conhecimento da existência de um plano de parto (seja ele escrito ou idealizado), vigilância do bem-estar materno e fetal (que passa pela avaliação de sinais vitais, tocograma, valorização de outras queixas e monitorização da altura de fundo do útero, auscultação de batimentos cardíacos fetais e cardiotocografia), são algumas das informações a ter em conta.

A intervenção do EEESMO tem por base a prestação de cuidados especializados, baseada na evidência científica, respeitando os princípios inerentes a filosofia implícita no cuidado prestados, nomeadamente o estabelecimento da continuidade de cuidados, a normalidade e o estabelecimento de uma relação de confiança (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p.9 e 10). Para uma prestação de cuidados em congruência com a filosofia de cuidados em saúde materna e obstétrica, o EEESMO é dinâmico na abordagem, prima por uma escuta ativa, apoiando a mulher/ família nas suas escolhas, sem que sejam emitidos juízos de valor e privilegiando as escolhas da mulher/ família, respeitando o seu sistema de crenças e valores, integrando a família na prestação de cuidados e transmitindo informação à mulher/família, integrando o conhecimento científico e fortalecida pela experiência.

O acompanhamento durante parto eutócico foi, das intervenções autónomas do EEESMO a que maior impacto causou. O parto eutócico é na sua maioria acompanhado pelo EEESMO, juntamente com outro enfermeiro (especialista ou generalista), que recebe o recém-nascido prestando os cuidados imediatos e prestando apoio à puérpera durante o contacto pele-a-pele e estabelecimento da amamentação. Contudo, por vezes o recém-nascido necessita de

cuidados específicos (estimulação tátil, aspiração de secreções revertendo o quadro, ou em situações mais graves, reanimação e/ou administração de medicação). Sempre que a situação o exija, cabe ao Enfermeiro que recebe o recém-nascido reconhecer a necessidade de solicitar ajudar diferenciada de forma a proporcionar a melhor adaptação possível do recém-nascido à vida extrauterina evitando as sequelas associadas. Neste caso a articulação com o pediatra é fulcral, para o bem-estar e para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

Considero que a experiência prática foi considerável relativamente ao desenvolvimento de competências relacionadas com a avaliação da grávida/parturiente. Foi possível constatar que ao longo estágio, foram superadas dificuldades relativamente à avaliação da bacia materna, cervicometria, avaliação da apresentação fetal. Após a segunda semana de estágio, foi notório o progresso realizado relativamente à articulação entre a teoria e a prática. O facto de cuidar a mulher desde o primeiro estágio do TP, facilita a compreensão de todo o processo inerente, o estabelecimento de uma relação de proximidade, permitindo estar com a mulher/família e atender às suas necessidades. A experiência desenvolvida com a realização da avaliação inicial, exame objetivo, e acompanhamento do TP, permitiu-me articular a teoria e a prática, possibilitando estar desperta para possíveis alterações, como por exemplo no caso de uma parturiente a quem prestei cuidados durante o TP e que, na sequência do encravamento da apresentação, foi perceptível tratar-se de uma possível incompatibilidade feto-pélvica, pois apesar de encravada a apresentação fetal não progredia para além do plano 0 de *Delee*, sendo detetada uma distocia mecânica, por ausência de progressão da apresentação, tendo em conta a descrição de Graça *et al* (2010, p. 329).

A deteção precoce de alterações é fulcral na prevenção de complicações. Refiro-me por exemplo a uma situação em que foi admitida uma mulher em TP, com dilatação completa, com uma apresentação pélvica modo pés. Era uma gravidez não vigiada, pelo que a apresentação do feto foi detetada apenas após o toque vaginal, sendo de imediato referenciado para o médico que realizou ecografia abdominal, optando pela realização de cesariana de urgência. A vigilância de TP, acarreta uma enorme exigência no conhecimento teórico sobre anatomia e a fisiologia, complicações inerentes ao TP e técnicas a desenvolver. O EEESMO está habilitado a promover a saúde da mulher durante o TP, assim como promover a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e a “fazer o parto normal em caso de apresentação de cabeça [cefálica] , incluindo, se necessário, a episiotomia, e o parto em caso de apresentação pélvica, em situação de urgência” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 20). Este pressuposto, vai de encontro às práticas indicadas pela Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME),

em consonância com a APEO (FAME & APEO, 2009) em que os autores enaltecem a importância de um parto normal, optando por um modelo menos intervencionista e mais humanizado, mostrando-se o respeito pela sua fisiologia, o maior desafio no cuidar durante o nascimento.

A FAME e a APEO (FAME & APEO, 2009) e a OMS (2015), incentivam à adoção de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis, tendo por base o processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, evitando excessos e usando de forma criteriosa os recursos disponíveis. As vantagens do parto normal são bastantes, nomeadamente relacionadas com a recuperação materna, a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e a potencialização da vinculação. Nesse sentido a OMS (2015) propõe aos profissionais de saúde: respeitar as decisões tomadas pela grávida/casal, oferecer à mulher/casal todas as informações que necessitam e desejam, permitir a liberdade de posições e movimentos durante o TP, facultar o contacto precoce pele a pele, promover o início da amamentação na primeira hora de vida e oferecer, às grávidas de baixo risco, o consumo oral de líquidos e alimentos durante o TP. Propõe também evitar o uso rotineiro de intervenções como o enema retal e a tricotomia, a posição deitada durante o TP, a episiotomia, os esforços expulsivos prolongados e a administração de ocitocina. Este conjunto de medidas, tem como objetivo, promover o parto normal, em segurança e humanizado.

Foi com base nos pressupostos acima descritos, que foram adquiridas e desenvolvidas competências no acompanhamento da mulher durante o TP (apresentação fetal cefálica) assim como as competências subjacentes à avaliação da evolução do TP.

A realização do parto eutócico na grávida de baixo risco é uma intervenção autónoma do EESMO. Neste sentido irei descrever e analisar, com base na evidência científica, aquelas que foram as minhas aprendizagens neste âmbito.

Ao longo do ensino clínico pude aperceber-me, independentemente do seu grau de formação, dos conhecimentos da grávida/família relativamente aqueles que são os recursos que tem à sua disponibilidade. Contudo existe ainda alguma lacuna, relativamente hábitos socialmente incutidos no passado que, embora em desuso, causam alguma controvérsia: deambular, tomar duche, beber água ou chá, foram algumas das medidas que causaram impacto, havendo recusa por parte de algumas parturientes. De acordo com alguns dados que registei após observação da parturiente, pude verificar que, da totalidade das utentes que acompanhei durante o TP (43 utentes), 6 recusaram deambular (referindo sentir cansaço e preferir o repouso no leito), 12 optaram por não recorrer a uso da bola de pilates quando lhe foi oferecida essa

hipótese (pois alegavam ter receio de cair, preferindo ficar na cama). Das parturientes que mantiveram uma conduta ativa, deambulando, optando por posições verticalizadas, nomeadamente na posição de gatas ou de cócoras, bola de pilates e duche houve uma maior referência ao alívio da dor e bem-estar.

À semelhança do que é descrito por FAME & APEO (2009, p. 49), durante a primeira fase do TP (fase latente) ao mover-se a mulher consegue lidar melhor com a sensação dolorosa, existem menos alterações no padrão da frequência cardíaca fetal, aumento do espaço ao nível da pélvis e menor duração de tempo em fase latente. Durante a fase ativa do TP, as posições verticalizadas demonstram também, à luz da evidência científica, benefícios evidentes. A mecânica do parto é favorecida pelo aumento dos diâmetros da pelve, assim como pela ação da gravidade, consequentemente há uma redução da dor lombar associada a contrações e o aumento da frequência e eficácia das contrações, relacionada com o reflexo de estimulação do colo uterino. A apresentação fetal produz uma maior pressão sobre o colo uterino havendo um aumento da ocitocina segregada. Desta forma diminui a necessidade de instrumentalização dos partos, diminuindo a percentagem de padrões anómalos de frequência cardíaca fetal, assim como o risco de compressão dos grandes vasos (FAME & APEO, 2009, p. 85 - 87).

Os achados anteriormente descritos, são apoiados por Carracha (2015, p.13-22), que reforça, tendo por base Gizzo *et al* (2014) e Lawrence (2009), haver uma diminuição do nível de dor e consequentemente menor diminuição da solicitação de analgesia. Este facto é apoiado pela FAME & APEO (2009, p. 86), acrescentando como justificação, o aumento de endorfinas em circulação e o facto de a mulher se encontrar menos desconfortável.

As afirmações acima descritas, vão de encontro aquela que foi a minha experiência pois foi notório o alívio manifestado pelas parturientes que mantiveram uma conduta ativa do TP. As posições verticalizadas assumiram excelentes resultados relativamente à progressão do TP, nomeadamente, na descida da apresentação, promovendo o conforto durante a fase ativa do TP. Uma das utentes de quem cuidei, e que desconhecia a possibilidade de ingesta, deambulação, duche e utilização da bola de pilates durante o TP, referiu "sinto me melhor de cócoras, tenho que ficar de cócoras" (P.1), aderiu à deambulação adotando diferentes posições durante a fase latente e ativa do trabalho de parto, utilizou a bola de pilates durante a fase latente e ingeriu água e chá em ambas as fases, com tolerância, e quando questionada sobre outros alimentos que gostasse e ingerir referiu a gelatina como hipótese. Recusou o duche. Tratava-se de uma primigesta, cujo TP teve uma duração de 5 horas.

As posições adotadas durante o TP, devem ser uma escolha da mulher, pois deve ser a própria a experimentar quais as medidas que resultam melhor na promoção do seu conforto. A todas as parturientes foram oferecidas as mesmas condições, tendo em conta o bem-estar materno-fetal e as suas condições de segurança. De um universo de 43 utentes, 8 aderiram a utilização da bola de pilates apenas durante a fase ativa, enquanto 6 aderiram apenas em fase ativa. Um total de 17 utentes aderiram à sua utilização durante ambas as fases, apresentando uma duração de trabalho de parto mais curta (entra as 3 e 5 h na generalidade). O duche foi das medidas utilizadas maioritariamente durante a fase latente do trabalho de parto (13 utentes), enquanto apenas 3 utentes utilizaram durante a fase ativa do trabalho de parto. Um total de 7 utentes aderiram durante ambas as fases. O duche era visto, por muitas utentes, como “um banho” e não como algo relaxante, razão pela qual o recusavam.

Procurei ao longo do ER criar uma atmosfera envolvente, segura, humanizada e acima de tudo adequada às necessidades da parturiente/pessoa significativa, promovendo uma escolha devidamente informada. Desta forma atuei tendo em conta a promoção de uma vivência mais positiva de um momento tão marcante quando o nascimento de um filho.

Foi com base na evidência existente que coloquei em prática medidas não farmacológicas para promoção do conforto durante as fases latentes e ativa do TP. No local onde foi realizado o estágio, tal como já foi referido anteriormente, são aplicadas medidas inerentes ao projeto maternidade com qualidade, entre elas, massagem, técnicas de relaxamento, recurso a bola de pilates, deambulação/mudança de posição e musicoterapia. À semelhança do que é descrito por FAME & APEO (2009, p. 65-68), o alívio da dor concorre para o aumento do bem-estar físico e emocional, sendo um ponto fulcral na prestação de cuidados durante o TP. A experiência de dor durante o TP é individual, caracterizada pela subjetividade de cada parturiente e das suas vivências, tal como referem FAME & APEO (2009, p. 65) e Gayeski & Bruggemann (2010, p. 781). Transpondo para a minha experiência prática, posso considerar que o sucesso de cada método depende de muitos fatores, entre eles a disponibilidade da parturiente no momento para o colocar em prática, a fase do TP em que se encontra, assim como experiências prévias. Todos os métodos foram igualmente disponibilizados, após avaliação do bem-estar materno e fetal, sendo uma opção das parturientes o seu recurso.

Tendo como referência a minha observação durante o estágio e as menções realizadas pelas parturientes/convivente significativo foi possível verificar que por parte das utentes havia uma alusão ao bem-estar e conforto, assim como ao alívio da dor, essencialmente aquando da

utilização da bola de pilates e do duche. A massagem, proporcionava algum alívio, mostrando-se menos eficaz do que o duche, “puder levantar-me, usar a bola e beber chá foi muito bom, mas o duche foi o que mais me aliviou” (P. 28).

Após esta relevante experiência de aplicação de medidas não farmacológicas para alívio da dor, considero que a manutenção do equilíbrio entre o bem-estar físico e emocional (FAME & APEO, 2009, p. 65; Gayeski & Bruggemann, 2010, p. 781), assim como a satisfação das necessidades das parturientes, são essenciais na progressão do TP, no estabelecimento de uma relação terapêutica/ de empatia e consequentemente na segurança sentida por parte da parturiente/convivente significativo. Neste sentido, as Enfermeiras Obstetras, assumem um papel de relevo no proporcionar do bem-estar, à semelhança de qualquer outro cuidado. Uma parturiente, durante a fase ativa do seu TP referiu-me que, “sempre imaginei que iria parir sentada, mas agora vejo que não está a ser nada confortável, não me dá jeito nenhum” (P.14). Após a sua manifestação tentamos encontrar uma posição mais favorável, acabando por se sentir mais confortável na posição semi-sentada, posição em que acabou por parir. É esta negociação e capacidade de, momentaneamente, junto com a parturiente/convivente significativo encontrar a melhor solução, que reside um dos grandes desafios de estar presente e apoiar a mulher neste momento tão importante.

A importância do EEESMO em bloco de partos durante o TP, não se resume apenas à vigilância do TP e promoção do parto eutócico. Durante o ensino clínico tive oportunidade de colaborar em partos distócicos em utentes a quem realizei a vigilância do TP e que, por paragem na progressão de TP, por dificuldade na descida e rotação da apresentação, CTG não tranquilizador, ou por comprometimento do bem-estar materno-fetal, foi aplicada ventosa, ou realizada cesariana. Nestas situações o EEESMO assume um papel de grande importância no cuidado à parturiente, na promoção da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, nos cuidados imediatos ao recém-nascido, na promoção da vinculação e amamentação o mais precocemente possível. A importância do estabelecimento desta relação terapêutica com a parturiente/acompanhante significativo, assume também, na visão de Coutinho (2004), um aspeto fulcral. A autora supracitada, considera ser importante estabelecer um clima propício tendo por base uma relação recíproca, propiciar medidas de conforto e garantir a privacidade em momentos de dor e debilidade, estar presente emocionalmente, envolver a parturiente nos cuidados e no controle da sua recuperação, interpretar o sofrimento incentivando ao estabelecimento de estratégias, propiciar conforto e comunicação através do toque, promover o

suporte emocional necessária à parturiente/ convivente significativo e orientar a parturiente no desenvolvimento e transformações emocionais.

As situações acima citadas possibilitaram o desenvolvimento de competências no cuidado à parturiente e recém-nascido, permitindo-me uma percepção do parto diferente daquela que detemos durante o acompanhamento durante o parto eutócico. Nos partos distócicos é o recém-nascido que necessita de maior atenção na sua adaptação a vida extrauterina e maior vigilância. Os partos distócicos estão associados ao aumento de complicações perinatais, embora seja também necessário garantir o bem-estar a segurança da parturiente providenciando os recursos necessários, durante o parto e puerpério imediato.

Após o nascimento a puérpera e o recém-nascido, mantém-se em vigilância no bloco de partos durante um período de duas horas, caso não haja nenhuma complicação após o parto. Durante este período é propiciada a continuidade da aproximação da tríade. Sempre que mãe e recém-nascido reuniam condições clínicas, era mantido o contacto pele a pele durante este período, sendo o recém-nascido vestido apenas aquando a sua transferência.

Desta forma, realizado uma análise das competências desenvolvidas enquanto futura EEESMO, tendo por base o regulamento nº 127/2011, confrontando com atividades realizadas ao longo do ensino clínico, considero que o objetivo delineado relativamente ao aprofundar de conhecimento e desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados especializados à mulher/família em TP foi atingido.

3.2.1 A ingestão alimentar durante o TP como contributo para o Conforto

Ao longo do curso de mestrado foi desenvolvido um projeto de formação tendo como foco a ingestão de alimentos durante o trabalho o parto, com a finalidade de promover o conforto da parturiente. O interesse pelo tema em questão teve início com a minha experiência em internamento de obstetrícia e com a manifestação de grande parte das puérperas de sensação de mal-estar e desconforto, pela fome sentida durante o TP.

A instituição onde decorreu o “Estágio com relatório”, tem participação ativa no projeto “Maternidade com qualidade”, mostrando-se um fator facilitador na aplicação do projeto em estágio. Na instituição são facultados às parturientes de baixo risco chá e água, em doses equivalentes a 1 ml/kg por hora, sendo avaliado caso a caso. É realizada também a avaliação de tolerância da substância ingerida. Nesta instituição, e com base nos dados provenientes da auditoria aos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem do respetivo hospital, no ano

de 2017, houve uma taxa de adesão bastante favorável, com resultados de 38% de adesão à ingestão hídrica durante a fase latente do trabalho de parto e 80% durante a fase ativa, com um grau de satisfação de 4 (numa escala de 0-4). Em curso está a aprovação da introdução de gelatinas pois, apesar de ter sido aprovada a sua introdução e de existir um procedimento setorial que inclui o fornecimento das mesmas, encontra-se a aguarda a sua disponibilização, uma vez que, por razões de higiene e segurança, as gelatinas têm de ser de origem vegetal, respeitando o emanado pelo Decreto-Lei nº 377/98, de 25 de novembro. Foi possível articular com o serviço de nutrição, nomeadamente com a nutricionista que dá apoio ao internamento de saúde materna e obstetrícia que se disponibilizou para agilizar e fornecer as gelatinas logo que existisse autorização.

Ao longo do ER, na admissão das grávidas em trabalho de parto espontâneo ou nas grávidas para indução de trabalho de parto, foi fornecida a informação de que era possível ingerir água ou chá, mediante avaliação dos profissionais de saúde.

Durante o ER, foi questionado às parturientes se a ingestão de água ou chá era, para si satisfatória, e se proporcionava bem-estar. Foi também questionado, caso pudessem escolher o que escolheriam. Foram reunidos os dados relativamente às 43 utentes a quem foi realizado o parto. Uma das sugestões das utentes prendeu-se com a ingestão de gelados de gelo "se pudesse seria bom um gelado de gelo"(P28), sendo essa sugestão proposta à chefia, ficando em consideração. Algumas das grávidas referiam sentir necessidade de se alimentar com uma refeição, refeição ligeira, pão ou bolachas, no entanto a ingesta de gelatinas lidera, no que respeita ao alimento que as parturientes referem como o mais desejado (Gráfico 1).

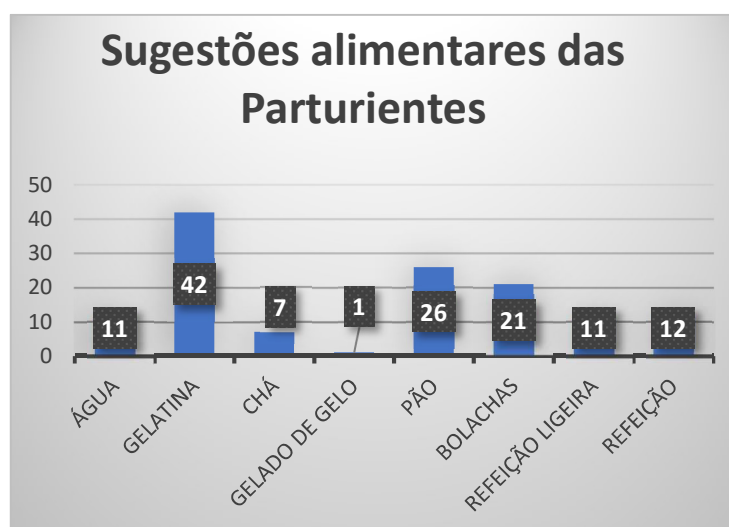


Gráfico 1 - Sugestões alimentares das parturientes

À semelhança do que descreve o American College of Nurse-midwives (2008, p.276-283), o consumo energético durante o TP é idêntico à prática de exercício físico intenso, sendo notório o desgaste físico e o cansaço. Estes aspetos também foram referenciados pelas utentes a quem prestei cuidados, nomeadamente pela referência à sensação de fraqueza e astenia no momento realização de força durante o período expulsivo. Scheepers *et al* (2001), fazem uma associação entre a diminuição de aporte de hidratos de carbono e a ocorrência de fadiga. Esta ideia é reforçada por King, Glover, Byrt & Porter-Nocella (2011) que defendem que, ao ser privada de satisfazer as suas necessidades fisiológicas, a parturiente corre maior risco de alterações psicológicas e emocionais com repercussão no seu bem-estar e conforto. O bem-estar físico e emocional, foi perceptível no bloco de partos durante o TP assim como nas primeiras horas de puerpério. A puérperas mantém-se em observação no bloco de partos, cerca de duas horas após o parto. Durante esse período é-lhes oferecida uma refeição ligeira (pão/ bolachas/ chá/ leite / sumo/ água). Tal como descreve Gouveia (2003), as manifestações da puérperas relativamente à sensação de desconforto são aliadas à satisfação de necessidades fisiológicas inerentes ao ser humano, essencialmente após um episódio de enorme dispensa de energia quanto o TP.

Visto esta ser uma atividade já implementada no serviço onde decorreu o ensino clínico, e os profissionais serem já detentores de informação sobre o tema, foi criado um poster de divulgação, atualizado, para a futura implementação da ingesta de gelatinas durante o TP. Tem como intuito ser exposto em locais frequentados pela grávida/casais, como por exemplo o serviço de obstetrícia, o bloco de partos e o serviço de consulta de grávidas.

No total de 43 utentes que acompanhei durante o TP, 9 utentes tinham conhecimento desta prática, 1 das utentes obteve a informação no internamento de grávidas, 1 tomou conhecimento na comunidade e as restantes por experiência anterior (Gráfico 2).

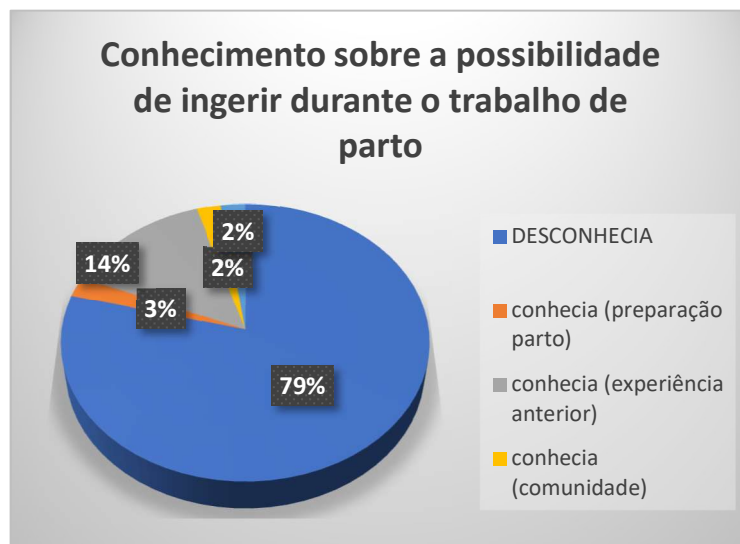


Gráfico 2 - Conhecimento sobre a possibilidade de ingerir durante o trabalho de parto

Ao longo do ER apenas 1 utente recusou ingerir água ou chá, nesse caso específico tratava-se uma múltipara, era uma quarta gesta, que entrou para indução do trabalho de parto, tendo-se alimentado em casa, não sentindo necessidade de ingestão. Ao longo do estágio foi proporcionada a ingestão de líquidos durante o TP conforme o preconizado, não havendo nenhum registo de episódio de náuseas ou vômitos.

Nas utentes que ingeriram líquidos não houve necessidade de aporte de soros endovenosos constante, contudo houve disponibilidade e envolvimento no TP, mostrando-se recetiva a medidas não farmacológicas para conforto durante o trabalho de parto e maior liberdade no que respeita a deambulação e utilização do duche.

Na admissão do serviço de bloco de partos é facultada informação sobre a possibilidade de ingerir líquidos durante o TP, apesar de satisfeitas com a oportunidade, era solicitado pelas utentes a possibilidade de ingerir algum alimento sólido, como pão, bolachas, uma refeição, gelatinas ou gelado de gelo. A grávida que recusou a ingestão de água, foi admitida com dilação completa, tendo realizado o trabalho de parto durante um período muito curto, tendo-se alimentado em casa.

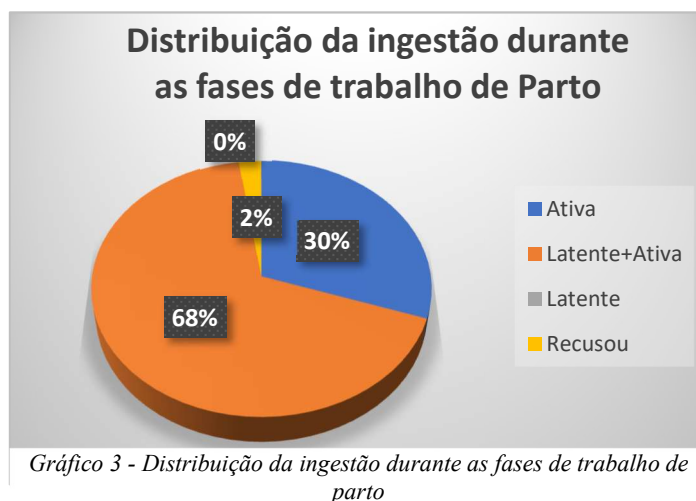
Após serem alimentadas as parturientes manifestam maior “sensação de bem-estar”, “alívio” e “conforto”: " depois de beber a agua ou chá sinto-me mais confortada, não alimenta mas conforta e alivia" (P.16); "pensava que não podia beber água, mas assim é muito melhor

estou sempre com a boca seca" (P.18), desta forma, a alimentação surge como contributo para o conforto, não apenas pela sua ação direta no conforto, mas como alívio da sensação de fraqueza, como descreveu uma das parturientes " sinto-me fraca, já não como nada desde ontem, se não fosse o chá açucarado já não tinha força para continuar" (P.32). A sensação de lipotímia, sensação de fraqueza e sensação de boca seca são as mais descritas pelas parturientes como “desconfortáveis”, agravando a situação com o aumento de horas em TP.

Tal como descreve Scheepers *et al* (2001), a ingestão de hidratos de carbono aumenta o aporte energético diminuindo a cetonúria, proteinúria e a ocorrência de fadiga. Pelo contrário o jejum ou a diminuição do aporte de hidratos de carbono, conduz a um cansaço mais rápido, aumentando a lipólise e o catabolismo proteico. Desta forma a ingestão de alimentos ricos em hidratos de carbono, facilitaria o equilíbrio metabólico de uma forma mais fisiológica.

Por outro lado, ao longo do ER pude aperceber-me da rapidez com que se podem alterar as situações das parturientes durante o TP. Em minutos, uma situação que até se mostrava favorável, pode complicar e necessitar de uma intervenção emergente como, por exemplo, na situação de descolamento de placenta e de desacelerações da frequência cardíaca fetal. Contudo a evolução existente na técnica anestésica e rapidez na intervenção facilita em muito a possibilidade de garantir à parturiente todos os cuidados de que necessita incluindo uma anestesia geral, independentemente de conter alimentos no estômago. Ao ingerir pequenas quantidades de qualquer alimento (neste caso água ou chá) é facultado à parturiente um maior conforto e bem-estar, nomeadamente em situações em que o TP se prolonga por mais tempo. Parturientes que passam pela fase latente e início da fase ativa do TP no seu domicílio, alimentam-se havendo habitualmente, uma capacidade de definir e gerir a sua alimentação consoante as necessidades fisiológicas, que se traduz normalmente numa redução da ingestão ao longo da evolução do TP, tal como nos descreve King, Glover, Byrt & Porter-Nocella (2011).

Contudo foi notório que as grávidas que optaram pela ingestão realizaram-na durante as fase latente e ativa do TP, não havendo nenhuma parturiente que tivesse ingerido apenas durante a fase latente do trabalho de parto, contudo cerca de 30% das utentes decidiu ingerir apenas durante a fase ativa, fase em que sentiram maior necessidade, associada a maior esforço e desgaste físico (Gráfico 3).



Desta forma, considero que foi possível concretizar os objetivos estabelecidos no âmbito da ingestão alimentar durante o trabalho de parto, tendo desenvolvido intervenções em consonância com o projeto em implementação no serviço onde decorreu o ER. As intervenções realizadas foram delineadas tendo por base a evidência científica e em articulação com a equipa multidisciplinar, o que favoreceu a aquisição de novos conhecimentos. Foram identificadas as práticas promotoras da ingestão alimentar durante o trabalho de parto instituídas no local de estágio e promovidas as mesmas sempre que reuniam as condições adequadas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente curso de mestrado, foi marcado pelo crescimento e desenvolvimento enquanto profissional. Foi um percurso construído com a consolidação de conhecimentos já adquiridos, aquisição de novos conhecimentos, destreza obtida e pela capacidade de reflexão desenvolvida. Considero que foram adquiridas as competências esperadas, tendo em conta o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamentos n.º 122/2011 e nº127/2011) e pela ICM (2011) relativamente à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e especificamente EEESMO.

Cada ensino clínico foi determinante para a aquisição e desenvolvimento de competência, culminando, como já havia referido, com o ER. No ER foi possível, consolidar conhecimentos já adquiridos, interligar experiências e conhecimentos de outros ensinos clínicos transpondo para outra realidade, assim como o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO à mulher em TP.

As competências enquanto EEESMO foram desenvolvidas, tendo por base o tema a que me propus (ingestão alimentar como contributo para o conforto durante o trabalho de parto), assim como a prestação de cuidados especializados à mulher em contexto de urgência ginecológica e obstétrica, durante o TP e nos cuidados ao recém-nascido.

Foi possível estabelecer intervenções de forma a proporcionar a ingestão de líquidos e estendê-lo a maioria das parturientes. Existiu receptividade por parte das mesmas, assim como envolvimento no processo. Ao ser informadas sobre o objetivo do projeto em desenvolvimento mostraram-se solícitas colaborando, respondendo a algumas questões que se prendiam essencialmente com a importância que a ingestão alimentar teve durante o TP e sugerindo alimentos que gostariam de ingerir. Não foram registados incidentes, relativamente a ingestão hídrica pois, de todas as utentes a que foi realizada a vigilância do trabalho de parto e que optaram por ingerir durante o trabalho de parto, não houve registo de náuseas, vômitos assim como complicações associadas. Contrariamente ao que a evidência nos refere, pude observar que, em fase ativa do TP, a água é muito solicitada, saciando a sede causada pelo desgaste físico inerente ao TP. À semelhança do que é descrito na literatura, continua a haver reticência por parte dos profissionais de saúde relativamente à ingestão de alimentos para além da água e do chá, argumentando o risco de aspiração de vômito. No entanto existe no serviço em que decorreu o ER um projeto de ingestão de gelatinas que foi aprovado por conselho de administração, aguardando a implementação. Futuramente, poderá considerar-se a

possibilidade de alguns alimentos, como por exemplos os gelados de gelo, possam ser trazidos pela família por ingestão durante o TP.

Considero que mostrei empenho no decorrer do ER, o que condicionou de forma positiva a aprendizagem. A equipa multidisciplinar que me acolheu foi uma mais valia para a minha aprendizagem, pois proporcionou momentos de discussão/ reflexão, facilitando o processo de integração de novos conhecimentos estimulando a reflexão crítica.

Ao longo processo de aquisição de competências foi realizado o recurso à evidência científica, como base de suporte para a adequação dos cuidados. A atualização de conhecimentos é crucial, mas a capacidade de observar a mulher/ recém-nascido assumem também enorme destaque.

A prestação de cuidados em saúde materna e obstetrícia, é considerada como área de vivências felizes, em que se contacta com a vida. Muitas vezes o processo altera-se e os momentos felizes dão lugar a momentos de enorme sofrimento, contrariando o ciclo da vida, facto para o qual a mulher/família, não está habitualmente preparado. Nesse sentido é necessária uma preparação prévia do profissional de saúde para conseguir apoiar a mulher/família, encontrando a melhor atitude consoante a situação. A comunicação e a forma como comunicamos, assume um papel muito importante no apoio à mulher/família, nestas situações.

O facto de ter realizado o estágio na instituição onde trabalho, e cuidar, no internamento de puerpério, das utentes vindas do bloco de partos, permitiu um acompanhamento contínuo da mulher/família, mostrando-se relevante pela importância no processo de aprendizagem e na manutenção de uma prestação de cuidados de maior proximidade.

No decorrer da frequência do mestrado, foram inúmeras as situações que me enriqueceram não só enquanto profissional, mas também enquanto pessoa. O desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade foram indiscutíveis, marcaram pelos conhecimentos adquiridos, pela destreza ganha, pela autonomia e a pela capacidade de integrar conhecimentos e aplicá-los nos determinados contextos. Em simultâneo, foram desenvolvidas as competências de mestre, consolidando as competências anteriormente descritas, notando não só enquanto estudante, mas também enquanto profissional uma maior capacidade de refletir, atuar e comunicar. O desenvolvimento da visão crítica e reflexiva foram, no meu entender, a capacidade que melhor consegui desenvolver, pois ao longo das aulas e ensinamentos clínicos, confrontada com as mais diversas situações, contactando com pessoas que não conhecia e às quais me tive que adaptar, com outras pessoas que conhecia e me tive que relacionar num outro contexto (enquanto estudante), me dotaram da capacidade de mobilizar, integrar e gerar novos

conhecimentos, assim como de exprimir os meus raciocínios. A par dos conhecimentos teóricos, destreza prática e capacidade de raciocínio é de destacar a autonomia adquirida. A autonomia, está de todo interligada com todas as competências anteriormente referidas.

Os princípios éticos, tal como descreve o CREMESP (2004), centram-se em quatro princípios fundamentais: a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Qualquer fase do ciclo de vida, é marcante e merecedora de atenção e cuidado, no entanto a Obstetrícia e Ginecologia, abrangem em grande amplitude a saúde da mulher/família ao longo do ciclo de vida, desde o nascimento até ao envelhecimento. Esta área é marcada por situações que suscitam por vezes dilemas éticos, possíveis de causar inquietação, como pude experienciar ao longo do mestrado e da minha experiência enquanto Enfermeira. O contacto com experiências como a gravidez na adolescência, abandono, violência, doenças/infeções sexualmente transmissíveis, condiciona a vivência da sexualidade e da maternidade. Estes foram alguns dos aspetos que me fizeram refletir, e repensar a abordagem a utilizar. Habitualmente, agimos segundo a norma, grande parte das situações são repetitivas e com algum automatismo temos a nossa resposta padronizada. Quando o rumo do que avistamos se altera, é necessário reajustar e adequar a nossa prestação. Esse reajuste interfere muitas vezes com o nosso sistema de valores e com as nossas emoções, pois apesar de cuidadores não deixamos de ser pessoas. É nesta adequação do saber estar, saber ser e saber fazer, respeitando os que nos rodeiam que reside um dos grandes desafios da arte de cuidar. Por detrás de uma resposta e de um ato, está implícito o acumular das nossas experiências e vivências.

Os princípios éticos, ajudam-nos a encontrar equilíbrio que nos permite agir com justiça e equidade perante qualquer situação. O princípio da autonomia, incita à escolha e tomada de decisão informada e, enquanto profissionais, cabe-nos apoiar a mulher/família informando e capacitando-a para a sua escolha. O princípio da beneficência, reporta para a realização do cuidado em benefício da mulher/família, minimizando o prejuízo. Por vezes, em situações ambíguas, é necessário recorrer ao princípio da não-maleficência, casos em que o princípio da beneficência não é do todo aplicável, o princípio base assenta em priorizar as necessidades tentando infligir o menor mal possível. Neste contexto específico, exemplo disso, é o facto de grávidas que são admitidas para uma cesariana eletiva, cumprirem o jejum proposto. O princípio da justiça e equidade, prevê uma prestação de cuidados imparcial, independentemente dos aspetos sociais, culturais, religiosos ou financeiros subjacentes. Atuar, tendo por base os princípios anteriormente definidos, reitera por si uma base sólida para uma prestação de cuidados humanizada e justa.

Numa era em que cada vez mais se negligencia o cuidado e atenção à família [o termo negligência, aqui usado como sinónimo de abandono, e na maioria das vezes não intencional], sendo exemplo disso, adolescentes grávidas sem qualquer apoio, um crescente de infeções sexualmente transmissíveis, doenças incapacitantes, o que contrasta com a evolução da tecnologia e do conhecimento, desta forma torna-se emergente valorizar quem cuidamos. Aliar ao conhecimento e aos princípios éticos uma comunicação eficaz, marca a diferença entre o cuidado e um cuidado de excelência.

O facto de ter estagiado num serviço de urgência ginecológica e obstétrica, cujo espaço físico se encontra integrado, tornou-se uma mais-valia, pois foi possível ter uma perceção mais abrangente do cuidado à mulher/família na sua recorrência pontual ao serviço de urgência em diversas situações ao longo do seu ciclo de vida. Um dos fatores que se tornou dificultador prendeu-se com o facto do estágio, apesar de ser balizado por um intervalo temporário extenso, mostrou-se repleto finalidades a atingir integradas em novos conhecimentos, impedindo por vezes que nos debruçássemos sobre outras aprendizagens e/ou experiências que poderiam trazer mais valias ao longo do percurso. O acompanhamento da mulher/família em TP foi um dos maiores investimentos na aquisição de competências, pois é um processo que exige tempo e dedicação, caracterizado pela sua necessidade de tempo e investimento facultando os recursos disponíveis, proporcionando à mulher/família todo o apoio de que necessita para que possam empoderar-se e exercer uma tomada de decisão consciente e informada e desfrutar deste momento tão especial.

Futuramente espero conseguir manter o meu envolvimento no projeto em causa, de forma a que as barreiras existentes sejam ultrapassadas, garantindo às parturientes, do hospital onde trabalho, o maior conforto possível. Espero ainda poder contribuir para a sensibilização das grávidas/família, assim como dos profissionais, permitindo o seu envolvimento nos cuidados, fazendo com esta prática se estenda ao maior número possível de utentes com uma maior variedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Nurse-Midwives (2008). *Journal of midwifery & women's health*. Providing oral nutrition to women in labor. 53 (3), 276-283. DOI: 10.1016/j.jmwh.2008.03.006
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2009). *Oral Intake During Labor*. 441. Acedido a :20/04/2016. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-practice/co441.pdf?dmc=1&ts=20160515T0537490577>
- American Society of Anesthesiologists (2016). Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*. 124 (2). 1-31.
- Ampese, D., Perosa, G., Haas, R.E. (2007). A Influência da atuação da enfermagem aos pais que vivenciam a morte do feto viável. *Bioethikos*. 1 (2). 70-77 Acedido a 15-05-2017, disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/57/A_influencia_da_atuacao_da_enfermagem.pdf
- ANQEP & DGES (2013). *Relatório de referênciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. Lisboa. Agência Nacional para a qualificação. Acedido a 04-06-2017 disponível em: https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf
- Beggs, J.A. & Stainton, M. C. (2002) Eat, Drink, and be labouring?. *The Journal of Perinatal Education*. 11 (1). (1-13)
- Benner, P. (2001) - *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora
- Bertólo, Helena; Levy, Leonor (2008). *Manual do Aleitamento Materno*. Edição Revista. Comité Português para a UNICEF, 41.
- Bobak, I., et al (1999) – *Enfermagem na Maternidade*. 4º Edição. Loures. Edições Lusociência
- Canavarro, M. C.(2001) – *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra. Quarteto editora.

- Carracha, S. I. A. V., (2015) *O papel do enfermeiro obstetra na promoção das posições não supinas durante o 2º estágio do trabalho de parto*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Relatório de estágio. Lisboa
- Circular Normativa nº 9/SR, 21/06/2016. Interrupção medicamentosa da gravidez. *Direcção – Geral da Saúde*.1-8
- Confederação Internacional de parteiras (2011). *Competências Essenciais para o Exercício básico da Profissão de Parteira 2010*. (p. 1-19) Acedido a : 04-03-2017 disponível em : <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Competencies%20Tools/Compet%C3%Aancias%20Essenciais%20para%20o%20Exerc%C3%ADcio%20B%C3%A1sico%20da%20Profiss%C3%A3o%20de%20Parteira%202010.pdf>
- Coutinho, E.C. (2004) – *A experiência de ser cuidada na sala de partos*. Escola superior de Enfermagem de Viseu, UEMOG. 30. 29-37.
- CREMESP (2004), *Cadernos Cremesp – Ética em Ginecologia e Obstetrícia* (3ªed.) São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Acedido em 31/07/2017, disponível em <https://www.researchgate.net/...Etica...e.../Etica-em-ginecologia-e-obstetricia.pdf>
- Dávila-Expósito, A., Gregori-Arias, R., Sebastià-Calvo, M.A., Ferret-López, L., Bravo-Ramírez, I., Telletxea-Vertiz, M. E., ..., Hernández-Gómez, A. (2009). Influencia de las bebidas isotónicas en el bienestar fetal, neonatal y materno. *Matronas Profesión*. 10 (3) (11-15).
- Decreto de lei n.º 377/98, 25-11-1998. Aprova medidas complementares de luta contra a encefalopatia espongiforme bovina (BSE) no domínio da alimentação animal. *Diário da República*. serie I -A, n.º 273(25-11-1998)
- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico* (2003-2016). Porto: Porto Editora. Acedido a: 19-07-2016. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- FAME; APEO (2009). *Iniciativa do parto natural: documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Gayeski, M., E. & Bruggemann, O., M. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm.* 19 (4). 774 – 782. Acedido a 12-03-2017, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/22.pdf>
- Gomez, R. M. (2005) – *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa. Fim de século.
- Godinho, N. (2017). *Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*. Acedido em Escola Superior de Saúde de Lisboa, divisão do centro de documentação e bibliotecas. Lisboa, Portugal.
- Gouveia, V.V. (2003). A Natureza motivacional dos valores humanos: evidências acerca de uma nova tipologia. *Estudos de Psicologia.* 8(3) 431-443
- Graça, L. M. (2005). *Medicina Materno-Fetal* .3ª ed. Lisboa-Porto. Lidel (275)
- Graça, L., Araújo, C., Bispo, R., Borges, A., Brazão, R., Cardoso ... M. Carneiro, A. (2010). *Medicina Materno-Fetal* (4ªed.). Lisboa – Porto. Lidel (320-321)
- Hunt, L., (2013) Literature review: Eating and drinking in labour. *British Journal of Midwifery.* 21 (7). (499-502).
- King, R., Glover, P., Byrt, K. & Porter-Nocella, L. (2011). Oral Nutrition in labor; 'Whose choice is it anyway?' A review of the literature. *Midwifery.* 27. (674-686) DOI: 10.1016/J.MIDW.2010.05.006
- Lowdermilk, D. & Shannon, P. (2009) – *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.). Lusodidacta.
- Maharaj, D. (2009). Eating and drinking in labor: Should it be allowed?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 146. (3-7) DOI: 10.1016/J.EJOGRB.2009.04.019
- Miranda, A.C. (2016) *Quando a morte antecede o nascimento: atuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na assistência à mulher que vivência uma morte fetal*. Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, departamento de Enfermagem Dissertação de mestrado. Évora.

- Montero, S.M.P., Sánchez, J.M.R., Montoro, C.H., Crespo, M.L., Jaén, A.G.V., Tirado, M.B.R. (2011). A experiência da perda perinatal a partir da perspetiva dos profissionais de saúde. *Latino Am. Enfermagem*. 19 (6). Acedido a 15-05-2017, disponível em : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_18.pdf
- OE & APEO (2012). “*Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada*” (Documento de Consenso). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, C. S. (2013). Conforto e bem-estar enquanto conceitos em uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 17(2)
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Livro de Bolso – Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/ parteiras*. Acedido a: 05/03/2017, disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Acedido a :20/04/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Ingesta_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Acedido a 31/07/2017, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf
- Organização Mundial de Saúde (1996) *Assistência ao parto normal: Um guia prático*. Genebra. Organização mundial de saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*. Acedido a: 20/04/2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174001/5/WHO_RHR_15.05_por.pdf
- Parsons, M. (2001) Policy or Tradition: Oral intake in labour. *Australian College of Midwives incorporated*. 14 (3). (6-12)
- Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011. 8648-8653.

- Regulamento, nº 127/2011. Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011. 8662-8666.
- Salmerón, P.F., Consuegra, M.A. & Gutiérrez, M.M., (2008), Cambiando la clásica práctica restrictiva de ingesta en el proceso del parto. *Index de Enfermería*. 17 (2)
- Scheepers, H., Thans, M., Jong, P., Essed, G., Le Cessie, S. & Kanhai, H. (2001) Eating and Drinking in labor: The Influence of Caregiver Advice on Women's Behavior. *Birth*. 28 (2). (119-122)
- Scheepers, H.C.J., Essed, G.G.M. & Brouns, F. (1998), Aspects of food and fluid intake during labour Policies of midwives and Obstetricians in the Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 78. (37-40)
- Singata, M., Tranmer, J. & Gyte, G. M. L. (2013) Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Review*. DOI: 10.1002/14651858.CD00.3930.pub3.
- Souza GN, Ferreira DQ, Souza E, Camano L. & Moraes Filho, O.B. (2010). Analgesia e anestesia durante o trabalho de parto. *Feminina*. 38 (12). 656-659. Acedido em: 01/05/2016 Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_v38n12_655-6591.pdf
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. (5ª Ed.), Loures: Lusociência (481-495 e 111-125)

APÊNDICE

Apêndice I – Apresentação dos documentos selecionados pela *Scoping Review*

Neste apêndice figura um breve resumo de cada um dos artigos selecionados na *scoping review*. Para a realização da *Scoping Review*, parti da questão de pesquisa: “Quais os riscos e benefícios da ingestão alimentar durante o TP e o seu contributo para o conforto da parturiente?”, sendo a população alvo (P) as parturientes e o conceito (C): os riscos e benefícios da ingestão alimentar e o seu contributo para o conforto durante o TP.

Título	Aspects of food and fluid intake during labour policies of midwives and obstetricians in the Netherlands
Autor	Scheepers, H.C.J., Essed, G.G.M., Brouns, F.
Ano de Publicação	1998
Origem/País de Origem	Holanda
Objetivo/Propósito	Destaca as políticas relativas à ingestão de sólidos e líquidos durante o trabalho de parto e discute os prós e contras da restrição alimentar.
População em estudo/tamanho da amostra	50 Parteiras, 30 médicos Obstetras, dos quais participaram 40 Parteiras e 22 obstetras.
Metodologia/método	Foram incluídos Parteiras e médicos Obstetras e questionados acerca da sua política relativamente à ingestão oral durante o trabalho de parto/ Randomizado
Tipo de Intervenção	Questionário (dirigido/escolha múltipla e questões abertas)
Duração da Intervenção	Durante o ano de 1994

<p>Resultados com relevância para a questão de pesquisa</p>	<p>Apenas 2 parteiras não têm política definida relativamente a ingestão alimentar durante o trabalho de parto;</p> <p>12 parteiras e 6 Obstetras têm política definida, dos quais 8 parteiras e 3 obstetras restringem apenas a água e 4 parteiras e 3 obstetras restringem a comida ligeira;</p> <p>26 parteiras e 16 médicos obstetras deixam ao critério da mulher a escolha durante o trabalho de parto;</p> <p>Na Holanda a restrição alimentar não é comum, quer por parteiras quer por obstetras;</p> <p>Apesar da ingestão alimentar levantar alguma controvérsia a nível global, o jejum é cada vez mais desaconselhado uma vez que não é garantia de um “estômago vazio”, não sendo encontradas diferenças entre o conteúdo e PH médio, entre mulheres que fizeram jejum durante a noite e mulheres que tomaram um pequeno almoço ligeiro (2 a 4 horas antes da cirurgia), além de que os avanços existentes nos procedimentos anestésicos reduzem substancialmente o risco de mortalidade por aspiração de conteúdo gástrico, para menos de 1%;</p> <p>Os benefícios da restrição alimentar e hídrica durante um parto normal podem ser questionados, no entanto os riscos da sua restrição devem ser tidos em conta, pois aumenta o desconforto da parturiente e conduz a utilização de vias energéticas alternativas com a consequente alteração metabólicas e maior ocorrência de complicações como cetonúria e alterações na contratilidade muscular e sua efetividade.</p> <p>O jejum agrava o stress muscular e metabólico e consequentemente o bem-estar e conforto da parturiente. É focado também que com os novos avanços no campo da anestesia o risco de síndrome de Mendelson, que era a justificação do jejum, é reduzido.</p>
--	--

Título	Eating and Drinking in Labour: the influence of caregiver advice on women's behavior
Autor	Scheepers, H., Thans, M., Jong, P., Essed, G., Le Cessie, S., Kanhai, H.
Ano de Publicação	2001
Origem/País de Origem	Holanda
Objetivo	Analisar se as parturientes eram ou não aconselhadas a comer e beber durante o trabalho de parto e se estes conselhos poderiam de alguma forma afetar o seu comportamento.
População em estudo/tamanho da amostra	Um grupo de 211 grávidas.
Metodologia/método	Foram incluídas 115 mulheres com gravidez de baixo risco, 96 com gravidez de médio-alto risco, com uma média de idade de 29 anos e duração média da gravidez de 40 semanas. Foram excluídas mulheres submetidas a cesariana eletiva / Randomizado aberto
Tipo de Intervenção	Questionário com perguntas abertas
Duração da Intervenção	Maior a Agosto de 1999
Resultados com relevância para a questão de pesquisa	<p>Após o início de contrações regulares, 132 mulheres (63%), ingeriram só água ou chá sem açúcar ou leite;</p> <p>20 mulheres (9%) ingeriram líquidos claros com valor calórico; 59 mulheres (28%) ingeriram sólidos com ou sem adição de fluidos.</p> <p>66% das parturientes não recebeu aconselhamento acerca da ingestão alimentar durante o trabalho de parto;</p> <p>As mulheres que receberam aconselhamento acerca da ingestão alimentar, seguiu o conselho e 37% ingeriram água e algo para além de água (das quais 75% ingeriu alimentos sólidos);</p> <p>A incidência de parto instrumentado por não progressão para além da segunda fase do trabalho de parto, foi menor em mulheres com ingestão calórica (13% para 24%).</p> <p>Apesar da causa-efeito entre a ingestão calórica e a progressão do trabalho de parto não se encontrarem clarificados, a ingestão de hidratos de carbono aumenta o aporte energético diminuindo a cetonúria, proteinúria e a ocorrência de fadiga. Pelo contrário o jejum ou a diminuição do aporte de hidratos de carbono, conduz a um cansaço mais rápido, aumentando a lipólise e o catabolismo proteico. Não foi encontrada diferença entre a gravidez de alto e baixo risco.</p>

Título	Policy or Tradition: Oral intake in labour
Autor	Parsons, M.
Ano de Publicação	2001
Origem/País de Origem	Austrália
Objetivo	Analisar se a prática de ingestão de alimentos durante o trabalho de parto é baseada em políticas ou estabelecida por “tradição”
População em estudo/tamanho da amostra	156 hospitais, num estado de nova gales do sul. Dos 156 hospitais 27 não tinha maternidade. E apenas 109 hospitais responderam o que corresponde a uma taxa de resposta de 85%. Apenas 95 hospitais (87%), apresentam instalações que prestam cuidados a grávidas de alto risco, os restantes 14 hospitais transferem as grávidas de alto risco para o hospital de referência mais perto. Destes 109 hospitais, 89 (81,7%) referem não ter políticas escritas, enquanto 20 hospitais (20,3%) referem ter políticas escritas definidas
Metodologia/método	Foram excluídos hospitais que não tinham maternidade. Foi realizado um estudo descritivo.
Tipo de Intervenção	Questionário dirigido (telefónico e postal)
Duração da Intervenção	Entre dezembro de 1999 e janeiro de 2000
Resultados com relevância para a questão de pesquisa	<p>A política varia de instituição para instituição, apresente políticas escritas ou orais. 81, 7% não tinha política definida; 18, 3% tinha diversas políticas desde a ingestão de gelo, ate políticas em que as mulheres poderiam ingerir o que desejasse.</p> <p>60,5% permitiram o pedido de comida a descrição da mulher providenciando desde que não houvesse risco acrescido para a anestesia geral.</p> <p>As parturientes foram divididas em 2 grupos, respetivamente parto de baixo e alto risco, por se encontrarem em hospitais diferentes.</p> <p>A controvérsia assenta em dois pontos de vista opostos, em que um opõe a ingestão de outros alimentos alem de líquidos claros (para mulheres com partos de baixo risco), como estratégia para a prevenção do alto risco de aspiração. O Oposto, disponibiliza a mulher livre acesso a fluidos e sólidos com o objetivo de melhorar os resultados maternos e fetais.</p> <p>O acesso a ingestão de alimentos em caso de baixo risco de necessidade de anestesia geral, deveria ser garantido.</p> <p>A semelhança do anteriormente descrito, é grande a controvérsia relativamente a ingestão oral, sendo esta prática na maioria das vezes opção, tendo por base o “hábito” ou a “tradição”, em vez de ser baseado na evidência prática e tendo por objetivo proporcionar o bem-estar materno fetal, indo de encontro aquela que é a questão da presente <i>scoping review</i>.</p>

Título	Eat, Drink, and be labouring?
Autor	Beggs, J.A., Stainton, M. C.
Ano de Publicação	2002
Origem/País de Origem	Austrália
Objetivo	Procurar evidência acerca da possibilidade de beber e comer durante o trabalho de parto.
População em estudo/tamanho da amostra	Não aplicável.
Metodologia/método	A Metodologia recaiu sobre a escolha de artigos e evidência que respondessem ao objetivo da revisão/ Revisão de Literatura
Tipo de Intervenção	Não aplicável.
Duração da Intervenção	Não aplicável.
Resultados com relevância para a questão de pesquisa	<p>A ingestão oral durante o trabalho de parto mantém-se com grande controvérsia. A revisão de literatura existente revela que a maioria das unidades permite a ingestão de fluidos no parto, contudo a ingestão de alimentos sólidos mantém-se restrita. Apenas uma pequena amostra reporta o que é adequado ingerir. O retardamento no esvaziamento gástrico durante o trabalho de parto é exacerbado pela administração de analgesia narcótica. A categorização entre mulheres com trabalho de parto de baixo e alto risco, permite uma adequação da ingestão de alimentos. As necessidades nutricionais não devem ser determinadas de acordo com a energia gasta, devendo as parturientes ser encorajadas a seguir o seu instinto durante o trabalho de parto, no que se refere à ingestão nutricional. A ingestão alimentar suplementa as necessidades metabólicas, apresentando, no entanto, o organismo através de via metabólica alternativa capacidade de autorregular. A observação e monitorização do bem-estar materno/fetal possibilita, em caso de uma evolução normal do trabalho de parto, que a parturiente possa optar por uma alimentação sem restrições.</p> <p>A política de restrição alimentar conta então com uma falta de evidência que a suporte.</p> <p>Relativamente à questão, e reconhecido pela presente revisão de literatura que as necessidades fisiológicas e psicológicas da mulher não são compreendidas. Apesar de não haver pesquisa que sustente a segurança na prática de ingestão de alimentos durante o parto, também não existem registos de que esta seja prejudicial.</p>

Título	Providing oral nutrition to women in labor
Autor	American College of Nurse-Midwives
Ano de Publicação	2008
Origem/País de Origem	Estados Unidos da América
Objetivo	Discutir método, técnicas e práticas no que respeita a ingestão oral durante o trabalho de parto.
População em estudo/tamanho da amostra	Não aplicável, trata-se de um boletim informativo com recurso a estudos entre outra evidência científica que suporta a prática.
Metodologia/método	Boletim informativo
Tipo de Intervenção	Não aplicável.
Duração da Intervenção	Não aplicável.
Resultados com relevância para a questão de pesquisa	<p>Apesar do trabalho de parto decorrer normalmente de forma fisiológica e serem conhecidas as necessidades energéticas inerentes ao trabalho de parto assim como as consequências metabólicas do jejum, existem situações pontuais em que deverá ser avaliada a importância da restrição de alimentos. Esta restrição deve ser tida em conta, nomeadamente em casos de risco aumentado de aspiração (obesidade, distúrbios crónicos que aumentem o risco de hemorragia) caso haja a necessidade de partir para cesariana de urgência, com recurso a anestesia geral.</p> <p>É ainda de salientar a necessidade da realização de <i>guidelines</i> que suportem a prática de cuidados baseada na evidência, e deve também haver uma tomada de decisão partilhada entre os profissionais e as parturientes, fomentando uma tomada de decisão informada.</p> <p>Os achados em questão denotam grande relevo apoiando e reforçando os achados anteriores, na medida em que existem avanços notórios relativamente a técnicas anestésicas sendo reduzido o risco de aspiração, havendo o entanto necessidade de decidir caso a caso tendo em conta o risco associado à gestação.</p>

Título	Cambiando la clásica práctica restrictiva de ingesta en el proceso del parto
Autor	Salmerón, P.F., Consuegra, M.A., Gutiérrez, M.M.,
Ano de Publicação	2008
Origem/País de Origem	Espanha
Objetivo/Propósito	<p>Comprovar que a ingestão de alimentos (líquidos ou sólidos) no decorrer do trabalho de parto e puerpério imediato é uma prática bem acolhida pelas parturientes;</p> <p>Conhecer a incidência de náuseas e vômitos;</p> <p>Observar as complicações em caso de necessidade de intervenção cirúrgica urgente, onde a ingestão de alimentos durante o trabalho de parto e puerpério imediato, se possam tornar um risco para a mulher;</p>
População em estudo/tamanho da amostra	Foram considerados 259 casos, sendo eliminados 10 por registo incompleto, pelo que a amostra foram 249 Grávidas e 20 parteiras.
Metodologia/método	Foram incluídas grávidas de baixo risco, na fase final da gravidez, em fase ativa do trabalho de parto / Estudo Prospetivo
Tipo de Intervenção	Foi oferecida às parturientes de baixo risco a possibilidade de ingerir alimentos (líquidos e sólidos), durante todo o processo de dilatação e no puerpério imediato (primeira hora após o parto). A partir do momento em que se registaram fatores de risco (líquido amniótico com mecónio, metrorragia, hipotensão ou hipertensão grave ou outra alteração do bem-estar fetal), foi suspensa a alimentação oferecida hidratação por via endovenosa.
Duração da Intervenção	Não foi referida no decorrer do estudo.
Resultados com relevância para a questão de pesquisa	<p>A colheita de dados foi realizada tendo foco: o tipo e a frequência do alimento ingerido e a sua relação com o aparecimento de náuseas e vômitos, tipo de parto, complicações durante o puerpério imediato e a valorização desta experiência pela parturiente.</p> <p>A ingestão de líquidos foi aceite por 178 mulheres (71,5%) e apenas uma mulher (0,4%) optou por ingerir sólidos. As restantes 71 (28,5%) rejeitaram alimentar-se.</p> <p>O aparecimento de náuseas foi registado em 58 casos, dos quais 41 (23,6%) se tinham alimentado e 17 (23,9%) tinham rejeitado a ingestão. O aparecimento de náuseas de vômitos concomitantemente, foi registado em 40 casos (33,4%), das quais 27 (15,1%) se tinham alimentado e 13 (18,3%) tinha rejeitado alimentar-se.</p> <p>A única mulher que ingeriu sólidos não referiu náuseas ou vômitos, quer durante o parto, quer no puerpério imediato. Um total de 151 mulheres, 110 (61,8%) que se alimentaram e 41 (57,7%) que recusaram alimentar-se, não referiram náuseas ou vômitos.</p> <p>Destas 249 parturientes 165 (66,3%) tiveram um trabalho de parto normal, 44 (17,7%) foram partos instrumentados (fórceps ou ventosa) e 40 (16,1%) terminaram em cesariana.</p>

	<p>Das parturientes que optaram por se alimentar 118 (66,2%) tiveram um parto normal, 31 (17,4 %) instrumentados (fórceps ou ventosa) e 29 cesariana (16,2%), sob anestesia/analgesia epidural.</p> <p>No puerpério imediato, houve um aumento de mulheres que optaram por ingerir alimentos (líquidos e sólidos).</p> <p>Houve uma grávida em que foi determinado que iria para cesariana, sendo mantido a partir desse momento o jejum.</p> <p>No puerpério imediato 188 (89,9%) das mulheres aceitaram alimentar-se, sendo que 141 (67,4%) ingeriram apenas líquidos e 47 (22,4%) ingeriram alimentos sólidos. 21 (10%) mulheres, rejeitaram alimentar-se alegando cansaço ou perda de apetite.</p> <p>Das puérpera que ingeriram líquidos 5 casos (3,5%) referiram náuseas enquanto que apenas 1 puérpera (2,1%) referiu náuseas apos a ingestão de alimentos sólidos.</p> <p>Não houve qualquer registo de vômitos ou qualquer outra complicação em que fosse necessária atuação emergente, entre as mulheres que se alimentaram no puerpério imediato.</p> <p>Das mulheres que decidiram alimentar-se, o resultado no que respeita à satisfação foi positivo, na medida em que apenas 2 mulheres associaram o ter-se alimentado ao aparecimento de náuseas, considerando a experiência como negativa.</p> <p>No presente estudo, os achados são bastante significantes e direcionados relativamente aquela que é a questão que conduz a <i>scoping review</i> em curso. É apresentada a evidência prática da baixa incidência de náuseas e vômitos, em casos, de gravidez de baixo risco, não havendo evidência de menor incidência em parturientes que optaram por não se alimentar, aliás pelo contrário. O enquadramento teórico do estudo apresenta também um suporte valorizável, pois foca aspetos como o aumento do risco de discrasia hemorrágica, pelo facto de haver um aumento da concentração sanguínea e urinária (página 2). É focada também a necessidade de mais estudos na área, assim como a criação e implementação de políticas claras que orientem a prática tendo por base a melhor evidência.</p> <p>Um dos indicadores mais importantes para resposta questão que norteia a pesquisa de literatura, é a avaliação da satisfação das mulheres. É lhe concedida informação, capacitando-a e permitindo uma tomada de decisão informada.</p>
--	---

Título	Eating and drinking in labor: Should it be allowed?
Autor	Maharaj, D.
Ano de Publicação	2009
Origem/País de Origem	Nova Zelândia
Objetivo	Confrontar a evidência existente e a aplicação prática da decisão ou não da aplicação do jejum durante o trabalho de parto.
População em estudo/tamanho da amostra	Não aplicável.
Metodologia/método	Recaiu sobre a escolha de estudos que dessem resposta à temática/ Revisão de literatura
Tipo de Intervenção	Não aplicável.
Duração da Intervenção	Não aplicável.
Resultados com relevância para a questão de pesquisa	<p>É focada a necessidade de suplementar as necessidades fisiológicas da parturiente durante o trabalho de parto, assim como a possibilidade e benefício da ingestão de líquidos claros e bebidas isotônicas. É também, salientada a ideia de que durante a gravidez por todas as alterações anatómicas existentes, acaba por não haver um esvaziamento total do estômago mesmo cumprindo o jejum. Relativamente ao risco de aspiração, este é reduzido, havendo recursos para que o seu risco possa ser atenuado, através da administração de medicação (como antiácidos, Antagonistas H₂ e metoclopramida). Caso haja risco de aspiração decorrente da administração de uma anestesia geral, este pode ser minimizado com o recurso a intubação orotraqueal.</p> <p>Pode ser considerada um período de 6 a 8 horas de jejum dependente do tipo de alimentação consumida, para as cesarianas. É também destacada a importância de a parturiente ser informada e tomar decisões em situações de parto normal.</p> <p>Existe algum receio por parte dos profissionais apesar da evidência existente, no que respeita a tomada de decisão total sobre a situação.</p> <p>A presente revisão de literatura apenas reforça os achados anteriores no que se refere à ingestão alimentar, referindo-se a importância da decisão da mulher assim como atenuar situações de aspiração de conteúdo gástrico. Relativamente ao bem-estar da parturiente não é encontrada evidência que suporte.</p>

Título	Oral Nutrition in labor; 'Whose choice is it anyway?' A review of the literature
Autor	King, R., Glover, P., Byrt, K., Porter-Nocella, L.
Ano de Publicação	2011
Origem/País de Origem	Austrália
Objetivo	Identificar os fatores que afetam a ingestão oral durante o trabalho de parto.
População em estudo/tamanho da amostra	Parturientes (15468), parteiras (223), das quais 40 trabalham fora de maternidades, obstetras (467) e anestesistas (401).
Metodologia/método	<p>Foram incluídos estudos cuja temática fosse ingestão oral durante o trabalho de parto, resultados no trabalho de parto e nascimento e impacto das políticas existentes nos cuidados maternos.</p> <p>Foram pesquisados estudos com intervalo temporal de 20 anos, devido ao número reduzido quando selecionado um intervalo de 10 anos.</p> <p>Foi realizada uma revisão de literatura, existente em bases de dados (Cinahl®, Medline®, Cochrane®), <i>guidelines</i> e literatura cinzenta.</p> <p>Foi utilizada uma grelha de avaliação e extração de dados específica para estudos qualitativos, testes de controlo randomizado e estudos mistos com o objetivo de conseguir uma análise mais rigorosa dos estudos.</p>
Tipo de Intervenção	Examinada a literatura disponível e que respondesse às necessidades
Duração da Intervenção	Não aplicável.
Resultados com relevância para a questão de pesquisa	<p>Foram analisados estudos relativos a um total de 15468 mulheres, cujos partos aconteceram em hospitais (11171), casa de parto (106) e os restantes em domicílio (4191);</p> <p>Dos 20 estudos selecionados, 4 foram realizados na Austrália, 6 na Inglaterra, 1 em Inglaterra e país de Gales, 4 na Holanda, 1 na Escócia e 4 nos Estados Unidos da América;</p> <p>Devido ao elevado número de informação, houve a necessidade de agrupar a informação e foram categorizados em 2 grupos:</p> <p>Grupo 1</p> <p>Fatores que ajudam a definir parto e ingestão oral, segundo as definições dos cuidados de saúde atuais.</p> <p>Grupo 2</p> <p>Implicações / impacto da ingestão oral nos resultados maternos e fetais/ neonatais.</p> <p>Idealmente deveria ser permitido a todas as mulheres (que o desejem), ser alimentadas durante o trabalho de parto;</p> <p>Na realidade isso nem sempre acontece, porque em mulheres com risco obstétrico aumentado é-lhes, frequentemente, negada alimentação durante o trabalho de parto;</p> <p>Fatores chave que afetam a escolha da mulher podem ser:</p> <p>A evidência – existente e políticas das instituições de saúde.</p> <p>Foram realizados testes neste âmbito, havendo, no entanto,</p>

	<p>pouca evidência que suporte a restrição oral de todas as mulheres durante o trabalho de parto, sendo, no entanto, sugerido reduzir esta política de restrição no que respeita a partos de baixo risco (gestação superior a 37 semanas, gravidez de feto único e com apresentação cefálica). É também de destacar que mulheres a quem é dada a possibilidade de ingestão oral, demonstram uma capacidade de definir e gerir a sua alimentação consoante as necessidades fisiológicas, que se traduz normalmente numa redução da ingestão ao longo da evolução do trabalho de parto, É referido também que a existência de vômitos e aumento de tempo de trabalho de parto, são considerados como resultado de um trabalho de parto arrastado, já as parturientes nem sempre consideram esses fatores como um “mau trabalho de parto”.</p> <p>Políticas – o aspeto mais despontante desta revisão é a falta de estudos que descrevam políticas, sendo que a revisão mais recente de políticas foi publicada na Austrália em 2001, apesar de nas informações anteriores a 2001, as revisões suportarem práticas menos restritivas no que respeita a ingestão nutricional da mulher durante o trabalho de parto e ao desenvolvimento de <i>guidelines</i> estruturadas. Foram comparadas 2 políticas correntes, sendo elas a <i>guideline</i> emanada pelo Instituto nacional de para a saúde e excelência clínica (NICE) em 2007 e a do governo do sul da austrália em 2008: ambas as políticas aconselham que a mulheres de baixo risco lhes deve ser permitida a ingestão oral conforme o seu desejo, apesar de preferencialmente manterem uma dieta ligeira, sendo que mulheres que desenvolvam situações de risco, a ingestão de bebidas isotónicas e calóricas são o mais adequado.</p> <p>Opiniões dos profissionais de saúde – faz parte do papel do profissional de saúde fornecer à mulher informação válida e adequada permitindo a tomada de decisão informada. Devem ser estabelecidas políticas claras, como meio para favorecer a troca de informação entre profissionais de saúde e parturientes/família.</p> <p>A tomada de decisão frequentemente é subjetiva, assumindo o profissional de saúde um papel ativo (de acordo com o seu sistema de crenças e valores), sendo emergente a passagem da tomada de decisão para a parturiente.</p> <p>O obstáculo, no que respeita à tomada de decisão da mulher são a falta de evidência, a inexistência ou falta de atualização das políticas e opinião dos profissionais de saúde. Desta forma a mulher é privada de decidir de acordo com as suas necessidades fisiológicas, conduzindo a alterações psicológicas e emocionais com repercussão no seu bem-estar e conforto.</p>
--	---

Título	Literature review: Eating and drinking in labour
Autor	Hunt, L.,
Ano de Publicação	2013
Origem/País de Origem	Inglaterra.
Objetivo	<p>Investigar se para as mulheres em trabalho de parto de baixo risco, existe necessidade de restringir a ingestão alimentar durante o parto.</p> <p>Apurar se ao retirar a alimentação oral durante o trabalho de parto, diminui o risco de morbilidade materna pela síndrome de Mendelson.</p> <p>Determinar benefícios e malefícios da alimentação oral em mulheres em trabalho de parto, comparativamente com mulheres a cumprir jejum.</p>
População em estudo/tamanho da amostra	Não aplicável.
Metodologia/método	Os dados foram colhidos através de pesquisa nas bases de dados Cochrane® e Medline®. Foi realizada uma Revisão de Literatura através de estudos clínicos controlados randomizados
Tipo de Intervenção	Não aplicável.
Duração da Intervenção	Não aplicável.

<p>Resultados com relevância para a questão de pesquisa</p>	<p>Não foram encontradas declarações claras no que respeita a ingestão de alimentos sólidos ou líquidos, havendo necessidade de questionar a validade desta prática através de pesquisa futura.</p> <p>A existência de evidência é limitada e existe grande controvérsia. A restrição alimentar é justificada enquanto precaução para as mulheres com risco elevado de cesariana sob anestesia geral.</p> <p>No entanto relativamente a parturientes de baixo risco a pesquisa indica baixo risco inerente à ingesta durante o trabalho de parto.</p> <p>O jejum pode conduzir a desidratação e acidose enquanto que a ingestão de alimentos garante a manutenção de níveis energéticos elevados minimizando complicações relacionadas com a exaustão maternal em partos assistidos.</p> <p>As políticas aplicadas devem ser revistas pelas parteiras, tendo em conta as seguintes recomendação e implicações para a prática:</p> <p>Não foram registados problemas associados à prática da ingestão alimentar durante o trabalho de parto o único efeito adverso registam apenas em caso de ingestão de grandes quantidades de fluidos (7 a 8 litros) conduzindo a hiponatremia do neonato e sobrecarga hídrica da mãe.</p> <p>O american royal college defende a ingestão de refeições ligeiras, recomendando a não restrição por sistema, devendo ser a mulher (no trabalho de parto de baixo risco) a decidir.</p> <p>A educação das parturientes deve ser realizada com base em políticas apropriadas e orientadas pela melhor evidência. Deve ser dada informação consciente à grávida no período pré parto, e considerada em plano de parto, para que a mesma possa optar e realizar uma escolha informada.</p> <p>O empoderamento da parturiente adquire grande ênfase, possibilitando a mesma, escolher com base nos seus desejos, alimentar-se ou não durante o trabalho de parto. Esse é um dos fatores que pode contribuir para o seu bem-estar durante o trabalho de parto. A restrição alimentar durante o trabalho de parto encontra-se envolta numa grande controvérsia, necessitando de ser esclarecida quanto aos seus riscos e benefícios reais, possibilitando a parturiente optar por aquela que é a sua vontade e necessidade de uma forma esclarecida, durante o trabalho de parto de baixo risco.</p>
--	---

Título	Restricting oral fluid and food intake during labour (Review)
Autor	Singata, M., Tranmer, J., Gyte, G. M. L.
Ano de Publicação	2013
Origem/País de Origem	Inglaterra
Objetivo	Determinar os riscos e benefícios inerentes à restrição alimentar (de líquidos e sólidos), durante o trabalho de parto.
População em estudo/tamanho da amostra	Todos os estudos incluídos abordam mulheres em trabalho de parto ativo e com baixo risco potencial de requerer anestesia geral. Incluiu 3130 mulheres.
Metodologia/método	Foram identificados 19 estudos e incluídos 5. Foram excluídos 8 por não responderem à questão, 1 aguarda classificação e os restantes 5 ainda estão a decorrer. Foram contemplados estudos controlados randomizados e quasi-controlado randomizado, apesar de não ser encontrado nenhum/ Revisão de Literatura
Tipo de Intervenção	Revisão da literatura dos estudos seleccionados, pesquisados na base de dados Cochrane®
Duração da Intervenção	Em 30 de junho de 2013

<p>Resultados com relevância para a questão de pesquisa</p>	<p>Um dos estudos estudou restrição completa alimentar relativamente a liberdade total de comer e beber, outros 2 estudos estudaram a influência de ingerir só água relativamente a ingerir comida e bebida específica, outros 2 estudaram o ingerir só água relativamente a ingerir bebidas ricas em hidratos de carbono.</p> <p>Comparando a restrição de comida e fluidos relativamente a ingestão de alimentos sólidos e fluidos, não existindo diferença significativa entre a taxa de partos via vaginal e cesariana, tal como de registos de apgar abaixo de 7 aos 5 minutos, assim como de outros resultados significativos. O Ponto de vista das parturientes também não foi contemplada. Os dados de que existe registo são insuficientes estudar a incidência de ocorrência de síndrome de Mendelson, visto ser extremamente raro.</p> <p>Apenas um dos estudos, reportou um aumento significativo de cesariana para mulheres a beber bebidas carbonatadas comparativamente com água, existindo alguma reticência pela pequena dimensão da amostra.</p> <p>Segundo o autor e após análises cuidadas da evidência, não existem dados que suportem o malefício da ingestão alimentar, justificando o jejum em grávidas de baixo risco.</p> <p>Acerca das parturientes de alto risco de comparação no parto, não existe qualquer risco de evidência, logo, não existem dados que suportem a necessidade de jejum.</p> <p>Relativamente a bebidas ricas em hidratos de carbono existe ainda alguma controvérsia, havendo necessidade de realizar novos estudos neste âmbito.</p> <p>Existe também uma lacuna no que respeita à consideração da opinião das parturientes, relativamente a decisão.</p> <p>O autor considera ainda possibilidade de viés, pela influência ou não do incentivo à alimentação, podendo muitas vezes a vontade da parturiente ser influenciada pelo incentivo ativo da parteira e o não querer criar conflitos com a mesma.</p> <p>A presente revisão da literatura, detém uma visão ampla, dos riscos e benefícios. Com resultados valorizáveis para o tema em questão.</p>
--	--

Título	Projeto Maternidade com qualidade – efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto, segundo as diretrizes das OMS
Autor	Ordem dos Enfermeiros
Ano de Publicação	2013
Origem/País de Origem	Portugal
Objetivo	Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da Organização Mundial de Saúde
População em estudo/tamanho da amostra	Não aplicável
Metodologia/método	Dirige-se a parturientes com gravidez d
Tipo de Intervenção	Não aplicável
Duração da Intervenção	Não aplicável

<p>Resultados com relevância para a questão de pesquisa</p>	<p>Foi encontrado como benéfica a ingestão de líquidos cristalinos e à medida que o parto evolui, goles de água. Estes achados revelem-se importantes na “prevenção da desidratação, cetoacidose e sobrecarga hídrica materna, manutenção da reserva energética para o feto e para a atividade uterina, regulação natural das mulheres à medida que avança o trabalho de parto, com diminuição progressiva espontânea do consumo alimentar” (Ordem dos Enfermeiros, 2013).</p> <p>Na bibliografia analisada pelos autores, estudos realizados pela ACOG e pela ASA, referem que jejum, mesmo que por um longo período, não é garantia de um estomago vazio.</p> <p>Em caso de anestesia geral, os autores recomendam, a realização da profilaxia através da administração de terapêutica (antiácidos, antagonistas dos recetores H2 e a metoclopramida).</p> <p>São referenciadas duas medidas, como a única forma de garantir efetivamente a prevenção da broncoaspiração, sendo elas: um volume gástrico inferior a 25mililitros e um PH do conteúdo gástrico superior a 2,5.</p> <p>Os autores baseiam-se ainda em Nancy (2010), que cita Singata, Tranmer & Gyte, não relevando a existência de uma relação entre a ingestão e a morbidade por aspiração.</p> <p>Associa os vômitos ao aumento do número de horas de jejum e à presença de corpos cetónicos.</p> <p>De acordo com o documento analisado as recomendações são: ”os líquidos por via oral podem ser oferecidos em doses moderadas durante o trabalho de parto e parto, as parturientes consideradas de baixo risco com evolução normal do trabalho de parto podem ingerir pequenas quantidades de chá, água e sumos de fruta sem polpa, em volumes não superiores a 100mililitros de 15 em 15 minutos” em situações de: “gravidez de baixo risco”, “compatibilidade feto-pélvica”, “apresentação cefálica de vértice”, “CTG tranquilizador com duração mínima de 3 minutos”, “ausência de uma via aérea previsivelmente difícil” e “registos precisos e concisos”.</p> <p>O emanado pela Ordem dos Enfermeiros, no Projeto Maternidade com Qualidade, vai de encontro aquela que é a questão scoping, reforçando a evidência dos benefícios da ingestão alimentar durante o trabalho de parto. Refere-se apenas à ingestão a ingestão de líquidos claros, apresentando recomendações acerca da sua quantidade e situação obstétricas a aplicar.</p>
--	---

Apêndice II – Guião de Observação

O presente guião de observação foi elaborado tendo em conta a necessidade de recolher alguma informação relevante que sustentasse as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio com relatório. Foi elaborado tendo por base os “indicadores de evidência” para conforto e qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, de acordo com os padrões de qualidade definidos pela ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2013) e utilizados no local onde decorreu o Estágio com Relatório, assim como com informação que considere relevante recolher, ao longo do estágio, enriquecendo e complementando o desenvolvimento de competências e aprendizagens na área de projeto. Serviu essencialmente como “auxiliar de memória” e forma de organizar a informação recolhida.

Tabela 2 - Guião de Observação

Parturiente	P. _____
IO	____/____/____/____
IG	____S____D
Duração do trabalho de parto	____h
Estádio (s) do trabalho de parto	1º ____; 2º ____; 3º ____, 4º
Administração de soro intravenoso	Sim: ____, não: ____
Alimentos Ingeridos	Água ____; chá ____
fase do trabalho de parto	Latente ____; ativa ____
Tolerância	Sim ____ não ____
Se pudesse escolher o que ingerir o que escolheria?	
Conhecimento sobre a possibilidade de ingerir alimentos	Sim ____, não ____ Observações:
Experiência atual - escala de 0 a 4 de satisfação (dados referentes à maternidade com qualidade)	
Analgesia	
Adesão a medidas não farmacológicas para alívio da dor	
Indução de trabalho de parto	____
Início espontâneo	____
Escolaridade	
Preparação para o parto e parentalidade (PPP)	
Plano de parto (PP)	
Idade	
Frases significativas	